

Potilasturvallisuuskulttuuri Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella

- Haastattelututkimus ensihoitohenkilöstön näkemyksistä

Elina Kilpiäinen

OPINNÄYTE	
Arcada YAMK	
Koulutusohjelma:	Kliininen asiantuntijuus
Tunnistenumero:	17160
Tekijä:	Elina Kilpiäinen
Työn nimi:	Potilasturvallisuuskulttuuri Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella – haastattelututkimus ensihoitohenkilöstön näkemyksistä
Työn ohjaaja (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Toimeksiantaja:	Keski-Uudenmaan pelastuslaitos
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämän laadullisen opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön näkemyksiä organisaatiossa vallitsevasta potilasturvallisuuskulttuurista ja kartoittaa siihen liittyviä mahdollisia kehityskohteita. Aikaisemman tutkimustiedon pohjalta muodostettiin kuva hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista, jolla tarkoitetaan muun muassa niitä arvoja, motivaatiota ja osaamista, jotka luovat perustan terveydenhuolto-organisaation potilasturvalliselle toiminnalle. Tutkimusaineisto koottiin ryhmähaastatteluilla, joihin otettiin mukaan pelastuslaitoksen operatiivisessa ensihoidossa työskenteleviä henkilöitä. Haastateltavia oli yhteensä 15, ja heidät jaoteltiin ammattinsa mukaan neljään ryhmään. Haastattelumateriaali analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen teoreettisena viitekehyksenä aikaisempien tutkimusten perusteella luotuja malleja potilasturvallisuuskulttuurista. Materiaali luokiteltiin organisaation ja johtamisen, turvallisuusosaamisen sekä käytännön ensihoitotyön pääkategorioihin. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että vaikka Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidossa tehdään paljon toimivia asioita potilasturvallisuuden hyväksi, ei potilasturvallisuuden selkeä priorisointi ja tiedostaminen vielä ole sellaisella tasolla, johon teoriataustan asettaman standardin perusteella tulisi pyrkiä. Haastateltavien käsitykset potilasturvallisuudesta ja organisaation potilasturvallisuuden tasosta olivat vaihtelevia. Keskeisimmät kehittämis ehdotukset liittyvät potilasturvallisuuden nostamiseen arvona ja käsitteenä organisaation prioriteetiksi pitämällä sitä näkyvästi esillä läpi koko organisaatiorakenteen ja sen toimintojen. Potilasturvallisuuden taustojen, perusteiden ja tiedostamisen kouluttaminen koko ensihoitohenkilöstölle on ensiarvoisen tärkeää yhtenäisen turvallisuuskulttuurin rakentamiseksi. Yhteistyön ja molemminpuolisen tiedonkulun lisääminen organisaation johdon ja henkilöstön välillä, sekä kommunikaation tärkeyden korostaminen ja kouluttaminen henkilöstölle nousivat myös tutkimustuloksissa tärkeiksi kehittämis kohteiksi.</p>	
Avainsanat:	Keski-Uudenmaan pelastuslaitos, potilasturvallisuus, potilasturvallisuuskulttuuri, ensihoito, ensihoitaja
Sivumäärä:	64
Kieli:	Suomi
Hyväksymispäivämäärä:	8.12.2015

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Advanced clinical care
Identification number:	17160
Author:	Elina Kilpiäinen
Title:	Patient safety culture at Keski-Uusimaa department for rescue services – an interview study of emergency medical services personnel's views
Supervisor (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Commissioned by:	Keski-Uusimaa department for rescue services
<p>Abstract:</p> <p>The purpose of this qualitative thesis was to examine the views of emergency medical personnel about the patient safety culture in Keski-Uusimaa department for rescue services, and to find out the possible areas in patient safety, that need to be improved. An understanding of a good patient safety culture, which means the values, motivation and knowledge, that create the basis for the patient safe actions in a healthcare organization, was formed with a review of the literature. The research material was gathered with group interviews, which included some of the emergency medical personnel from the organization. There were a total of 15 informants, who formed four groups according to their profession. The research material was analyzed with deductive contents analysis using models created on the basis of previous research as a theoretic background. The material was classified into the main categories of organization and leadership, safety knowledge and practical pre-hospital work. According to the results there are many effective things done for patient safety in Keski-Uusimaa department for rescue services. Although the prioritizing and knowledge of patient safety are not yet in the level, that should be pursued based on the high standard of the theoretic background. The perceptions of patient safety and the level of the organizations patient safety varied among the informants. The main suggestions for improvement concern emphasizing patient safety as a value and as a concept in the organizations priorities by presenting it visibly throughout the whole organization and its actions. Educating the background, basics and knowledge of patient safety to all of the emergency medical personnel is a key element in building a consistent safety culture. Increasing cooperation and flow of information between the leaders and the personnel, as well as educating and highlighting the importance of communication to the personnel were also seen as important improvement matters.</p>	
Keywords:	Keski-Uusimaa department for rescue services, patient safety, patient safety culture, prehospital emergency care, emergency medical personnel
Number of pages:	64
Language:	Finnish
Date of acceptance:	8.12.2015

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Avancerad klinisk vård
Identifikationsnummer:	17160
Författare:	Elina Kilpiäinen
Arbetets namn:	Patientsäkerhetskultur i Mellersta Nylands räddningsverk – en intervjustudie av akutvårdspersonalens åsikter
Handledare (Arcada):	Eivor Wallinvirta
Uppdragsgivare:	Mellersta Nylands räddningsverk
<p>Sammandrag:</p> <p>Syftet med mastersarbetet var att undersöka akutvårdspersonalens uppfattningar om organisationens patientsäkerhetskultur på Mellersta Nylands räddningsverk och reda ut möjliga utvecklingsområden. Med tidigare forskning formades det en bild av bra patientsäkerhetskultur, som innefattar bland annat de värden, motivation och kunskap, som skapar grunden för hälsovårdsorganisationers patientsäkra verksamhet. Forskningsmaterial samlades in med fokusgruppintervjuer, som inkluderade operativ akutvårdspersonal från räddningsverket. Det fanns 15 informanter, som delades in i fyra grupper beroende på deras yrke. Intervjumaterialet analyserades med deduktiv innehållsanalys med en teoretisk referensram av två modeller av patientsäkerhetskultur. Materialet klassificerades i tre huvudkategorier: organisation och ledning, säkerhetsförståelse och praktisk akutvård. På grundval av intervjuer kan man dra slutsatsen, att många effektiva saker redan är genomförda för patientsäkerheten i Mellersta Nylands räddningsverk, men en klar prioritering och medvetenhet av patientsäkerhet är ännu inte på den nivå som tidigare forskning uppmanar att sträva efter. Informanternas uppfattningar av patientsäkerhet varierade. Det huvudsakliga utvecklingsförslaget var framlyftning av patientsäkerhet som ett värde och begrepp i organisationen och göra dessa synliga i hela organisationen och dess verksamheter. Utlärning av patientsäkerhetens bakgrund och medvetenhet är av primär betydelse i utveckling av en kongruent säkerhetskultur. Informationsutbyte mellan ledning och anställda, samt utlärning och betoning av kommunikation lyftes fram som viktiga utvecklingsområden i forskningsresultaten.</p>	
Nyckelord:	Mellersta Nylands räddningsverk, patientsäkerhet, patientsäkerhetskultur, akutvård, akutvårdare
Sidantal:	64
Språk:	Finska
Datum för godkännande:	8.12.2015

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	8
2	POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI.....	10
2.1	Määritelmät ja keskeiset käsitteet	10
2.2	Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	14
2.3	Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen	18
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	19
4	TUTKIMUKSEN TAVOITE, KYSYMYKSENASETTELU JA TYÖELÄMÄLÄHTÖISYYS.....	21
5	TUTKIMUSAINESTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
5.1	Tutkimusmetodi	22
5.2	Eettiset näkökulmat	23
5.3	Tutkittavien valinta.....	24
5.4	Haastattelut	24
5.5	Aineiston analyysi.....	25
6	TUTKIMUSTULOKSET	28
6.1	Organisaatio ja johtaminen.....	28
6.2	Turvallisuusosaaminen.....	33
6.3	Käytännön ensihoitotyö	40
7	POHDINTA.....	44
7.1	Tutkimusmetodi ja eettiset näkökulmat	44
7.2	Ensihoitohenkilöstön näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella	46
7.3	Johtopäätökset ja kehittämiskohteet	48
	LÄHDELUETTELO	50
	LIITTEET	53
	Liite 1. Tietokantahakutaulukko.....	53
	Liite 2. Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen organisaatiokaavio.	54
	Liite 3, Haastattelukutsu	55
	Liite 4. Saatekirje haastateltaville	56
	Liite 5. Haastattelurunko.....	57

Liite 6. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämis ehdotukset Keski-Uudenmaan pelastuslaitokselle	58
Liite 7. Tiivistelmä ruotsiksi.....	60

KUVAT

Kuva 1, Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet ja niiden kehittäminen... ..	19
Kuva 2, Tutkimuksen vaiheet.....	22
Kuva 3, Sisällönanalyysin luokittelu	27

TAULUKOT

Taulukko 1, Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet	20
--	----

1 JOHDANTO

Potilasturvallisuudesta on muodostunut merkittävä osa-alue ja kehittämiskohde terveydenhuollon organisaatioille sen taloudellisten, laadullisten ja kansanterveydellisten intressien vuoksi (Vainionperä 2012, s. 6). Terveysturvallisuuden toimijoiden näkökulmasta käsite ”potilasturvallisuus” tarkoittaa kaikkia niitä toimintoja ja periaatteita, jotka tähtäävät hoidon turvallisuuden ja potilaan vahingoittumattomuuden turvaamiseen (Helovuomaa ym. 2012, s. 13). Ensihoidossa potilaita hoidetaan vaativissa ja muuttuvissa olosuhteissa, joissa myös riskit vaaratilanteille ovat suuret (Bigham ym. 2012, s. 1). Siitä huolimatta viime vuosikymmenten aikana tehty potilasturvallisuustutkimus keskittyy lähinnä sairaaloihin ja hoitolaitoksiin, tosin viime vuosina myös ensihoidon potilasturvallisuudesta on alettu saada tutkittua tietoa (Gaal ym. 2011, s. 1).

Organisaation turvallisuuskulttuuri muodostaa pohjan potilasturvallisuudelle. Potilasturvallisuuden laatua kehitettäessä yksi tärkeimmistä muuttujista onkin potilasturvallisuuskulttuuri (Vainionperä 2012, s. 7). Sillä tarkoitetaan organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja tahtoa ymmärtää turvallista toimintaa, sekä toimia turvallisesti vaaratilanteita tunnistamalla ja niitä ehkäisemällä (Pietikäinen ym. 2008, s. 3). Hyvässä turvallisuuskulttuurissa turvallisuusasiat ovat prioriteettilistan kärjessä ja niitä pyritään jatkuvasti kehittämään päätöksenteon ja päivittäistoiminnan tasolla. Kulttuurin muodostavat sekä yksittäisten työntekijöiden tasolla, että koko organisaatiossa vallitsevat arvot, asenteet, toimintaperiaatteet ja -tavat. Edellytys turvallisuuskulttuurin kehittymiselle on, että kaikilla toimijoilla on yhteinen käsitys turvallisuudesta. (Helovuomaa ym. 2012, s. 92) Perustan turvallisuuskulttuurille luovat johtaminen ja esimiestyö, joilla on suuri merkitys kulttuurin muodostumiselle (Helovuomaa ym. 2012, s. 97).

Tämä hankkeistettu opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen kanssa. Siinä tarkastellaan potilasturvallisuuskulttuuria ensihoidossa, ja minkälaisena se nähdään pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön silmin. Ei-systemaattisen tietokantahaun perusteella tutkittua tietoa suomalaisten ensihoidon organisaatioiden potilasturvallisuuskulttuurista ei todennäköisesti ole tehty. Opinnäytetyön teoreettinen tausta pohjautuu sekä kansainväliselle, että suomalaiselle potilasturvallisuuskulttuuritutki-

mukselle, joiden tuloksia sovelletaan ensihoitoon sopiviksi. Aihetta pyritään lähestymään laajalla näkökulmalla ja perehtymään myös näkyvissä olevien asioiden taustalla vaikuttaviin seikkoihin. Ensihoidossa toimiville hoitotyön ammattilaisille tehtyjen fokusryhmähaastattelujen avulla tutkittiin, millaisena nähdään Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen organisaation potilasturvallisuuskulttuurin nykytila, ja mitä kehittämiskohteita sen eri osa-alueilta tulee ilmi.

Valmiit potilasturvallisuuskulttuurikyselymallit ovat suunniteltu sairaaloiden ja muiden hoitolaitosten organisaatioille sopiviksi, eivätkä ole suoraan käytettävissä ensihoidossa työn luonteen ja olosuhteiden erilaisuudesta johtuen. Kyselyiden vastausprosentti on myös monesti jäänyt hyvin alhaiseksi (Pietikäinen ym. 2008, liite A; Vainionperä 2012, s. 22), jolloin tutkimuksen luotettavuus voi kärsiä. Fokusryhmähaastatteluiden avulla oli tässä tutkimuksessa tarkoitus päästä pureutumaan käsiteltäviin asioihin pintaa syvemältä, jolloin haastateltavat saavat myös perustella omia vastauksiaan ja mielipiteitään. Teoreettisena viitekehysenä ja tulosten analysointiin sovellettiin Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) kehittämiä turvallisuuskulttuurin arviointimalleja (Pietikäinen ym. 2008) sekä Sammerin yhdysvaltalaisen tutkijaryhmänsä kanssa laatimaa jaottelua potilasturvallisuuskulttuurin eri osa-alueista (Sammer ym. 2010). Laajan teoriataustan avulla pyrittiin saamaan käsitys siitä, millainen on kansainvälisen tutkimuksen mukaan hyvä potilasturvallisuuskulttuuri ja minimoimaan siten ennakkokäsityksiä haastateltuita tehtäessä ja niiden tuloksia analysoitaessa.

Tutkimuksen tuloksia pyritään hyödyntämään pelastuslaitoksen potilasturvallisuuden ja turvallisuuskulttuurin kehittämisessä. Opinnäytetyön tekijä työskentelee itse ensihoitajana kyseisessä organisaatiossa, joka tuo omat haasteensa tutkimuksen objektiivisuudelle ja luotettavuudelle. Potilasturvallisuuteen ja turvallisuustekniikkaan perehtyminen on auttanut tutkimuksen tekijää näkemään ensihoitotyötä ja siihen liittyviä riskejä uudessa valossa, ja yksi tavoite tämän työn tekemiselle onkin herättää myös kollegoissa tietoisuutta potilasturvallisuusasioista.

2 POTILASTURVALLISUUSKULTTUURI

Aikaisempaa, sekä suomalaista, että kansainvälistä tutkimustietoa turvallisuuskulttuurista ja potilasturvallisuuskulttuurista etsittiin useista tietokannoista hakusanoilla ”*patient safety*” ja ”*potilasturvallisuus*”, ja näiden lisäksi käyttämällä muun muassa sanojen ”*and culture*”, ”*and EMS*” ”*and kulttuuri*” ja ”*not hospital*” yhdistelmiä. Haku rajattiin vuotta 2010 uudempiin tutkimuksiin ja ainoastaan saatavilla olevia kokotekstejä kattavaksi. Käytetyt tietokannat, hakusanat ja hakutulokset ovat taulukoitu liitteeseen 1.

Tutkimuksia potilasturvallisuuskulttuurista on tehty viime vuosina paljon eri puolilla maailmaa, myös Suomessa (mm. Feng ym. 2011, Vainionperä 2012, Turunen 2012). Nämä tutkimukset keskittyvät kuitenkin sairaaloiden organisaatioihin. Ensihoidossa tehtyjä potilasturvallisuuskulttuuritutkimuksia ei tässä tietokantahaussa löytynyt, joten saatavilla olevaa tutkimustietoa sovelletaan tarvittaessa ensihoidon olosuhteisiin sopivaksi. Myös Bighamin ym. tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan potilasturvallisuustutkimuksia on tehty ensihoidossa muihin erikoisaloihin verrattuna varsin vähän (Bigham ym. 2012, s. 1). He totesivat myös ensihoidon potilasturvallisuuden tutkimuksessa olevan useita aukkoja. Muun muassa läheltä piti-tilanteiden raportoinnin, laadun kehittämisen, inhimillisten tekijöiden ja potilasturvallisuuskulttuurin tutkimuksen havaittiin olevan vielä kovin puutteellista. (Bigham ym. 2012, s. 8)

2.1 Määritelmät ja keskeiset käsitteet

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan organisaation turvallisuuskulttuuria nimenomaan potilasturvallisuuden, eikä niinkään henkilöstön työturvallisuuden tai hyvinvoinnin näkökulmasta. Suuri osa teoriapohjana käytettävistä aikaisemmista tutkimuksista on tehty sairaaloiden organisaatioita ajatellen, mutta tämä tutkimus keskittyy sairaalan ulkopuolisen ensihoito-organisaation potilasturvallisuuteen.

Yleiset käsitteet

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuonna 2011 julkaiseman Potilasturvallisuusoppaan mukaan ”potilasturvallisuus tarkoittaa sitä, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa”. Sillä tarkoitetaan myös potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palveluiden turvallisuuteen tähtääviä toimintoja, kuten ammattihenkilöiden, toimintayksiköiden ja organisaatioiden käytäntöjä ja periaatteita. Vuonna 2011 voimaan astuneessa terveydenhuolto-laissa on oma pykälänsä koskien terveydenhuollon toiminnan laatua ja potilasturvallisuutta. (THL 2011, s. 7) Terveidenhuollon organisaatioiden tehtävänä on luoda infrastruktuuri, jossa turvallista hoitoa on mahdollista toteuttaa. Potilasturvallisuus on prosessi, joka ulottuu ennaltaehkäisystä potilaan tavoittamiseen, hoitoon sekä haittatapahtumien raportointiin, tutkimiseen ja parannustoimenpiteisiin. (Kangasniemi ym. 2013, s. 909)

Kulttuuri-käsite on monimutkainen ja monitasoinen. Se on alun perin antropologinen termi, jolla on kuvattu tietyn yhteisön tapoja ja rituaaleja historian saatossa. Viime vuosikymmeninä kulttuuri-termiä on alettu käyttää myös organisaatiotutkimuksissa monilla eri aloilla, muun muassa terveydenhuollossa. Organisaatio-termillä voidaan viitata suureen ja monitahoiseen systeemiin, kuten suureen yliopistosairaaloiden ketjuun, tai pienempään ihmisryhmään, jotka työskentelevät yhdessä saavuttaakseen jonkin tietyn tavoitteen. (Kaufman & McCaughan 2013, s. 51-52)

Organisaation kulttuuri on kompleksinen eri tekijöiden yhdistelmä, joka vaikuttaa siihen, kuinka asiat tehdään, ymmärretään, ratkaistaan ja arvotetaan. Siihen vaikuttavat muun muassa asenteet, arvomaailmat, uskomukset ja käyttäytymismallit. Organisaation kulttuurilla on sekä näkyviä, että näkymättömiä puolia. Näkyviä ja helposti havaittavia voivat olla esimerkiksi organisaation symbolit, kuten logo, rakennukset ja työasut. Myös työskentelytavat ja toimintamallit ovat kulttuurin näkyviä piirteitä. Näkymättömissä, ja usein myös tiedostamattomissa ovat muun muassa asenteet, arvot ja käyttäytymistavat. Työntekijöiden arvomaailma määrittelee sen, kuinka asioiden heidän mielestään pitäisi tulla tehdyksi, ja vaikuttaa organisaation tavoitteisiin ja standardeihin. Arvot muokkautuvat moraalisten ja eettisten mallien, sekä ideologioiden ja filosofioiden pohjalta. (Kaufman & McCaughan 2013, s. 52-53)

Turvallisuuskulttuurin määritelmä

Perinteisesti turvallisuuskriittisinä aloina on pidetty muun muassa ydinvoimateollisuutta, mistä turvallisuuskulttuurin käsite onkin levinnyt muille aloille 1990-luvun jälkeen (Pietikäinen ym 2008, s. 24). Myös ilmailualalla on jo vuosikymmenten ajan kiinnitetty huomiota turvallisuuteen, tiimityöhön ja virheiden hallintaan (Helovuo ym. 2012, s. 183). Terveystieteiden tutkimuskeskus luokitellaan korkean riskin toiminnaksi, eikä potilaiden hoitaminen voi koskaan olla täysin vaaratonta ja turvallista (Kangasniemi ym. 2013, s. 910). Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaiseman potilasturvallisuusstrategian mukaan terveydenhuoltoalalla tapahtuva turvallisuuden varmistaminen on muita korkean riskin aloja jäljessä. (STM 2009, s. 12)

Turvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan monitasoista ilmiötä, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset, näkemykset ja kyky ymmärtää turvallinen toiminta, sekä työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. Se kattaa koko terveydenhuollon organisaation ja henkilöstön potentiaalisen toiminnan, kyvykkyyden, tahdon ja edellytykset, ei ainoastaan yksilöitä ja yksittäisiä suorituksia. (Vainionperä 2012, s. 11) VTT:n tutkijoiden mukaan turvallisuuskulttuuri tarkoittaa organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja tahtoa

- a) ymmärtää millaista on turvallinen toiminta sekä millaisia vaaroja organisaation toimintaan liittyy ja kuinka niitä voidaan ehkäistä
- b) toimia turvallisesti ja ehkäistä vaarojen toteutumista. (Pietikäinen ym. 2008, s. 25)

Institute of Medicine (IOM) on suositellut, että jokaisen terveydenhuollon organisaation tulisi luoda toimintaympäristö, jossa turvallisuuskulttuuri on selkeä yhteinen tavoite ja prioriteetti. (IOM 1999, s. 4) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) määrittelee turvallisuuskulttuurin seuraavasti: ”Organisaation turvallisuuskulttuuri koostuu niistä yksilöiden ja ryhmien arvoista, asenteista, käsityksistä, kyvyistä ja toimintamalleista, jotka määrittelevät heidän sitoutumisensa ja pätevyytensä organisaation turvallisuuden johtamiseen. Hyvän turvallisuuskulttuurin omaavat organisaatiot tunnistaa luottamukseen perustuvasta kommunikaatiosta, yhteneväisestä turvallisuuskäsityksestä ja turvallisuutta edistäviin keinoihin luottamisesta.” (AHRQ 2014)

Korkean turvallisuuskulttuurin omaavien organisaatioiden lähtökohtana ovat ihmisten väliset vuorovaikutussuhteet; henkilöiden keskinäinen kunnioitus ja vastuuntunto, ihmiskeskeisyys, työnteki-

jöiden tukeminen, ystävällisyys, avoimuus, luovuus, uskottavuus, luotettavuus ja joustavuus. Turvalliset organisaatiot ovat myös oppivia organisaatioita; sen sijaan, että haattatapahtumia peiteltäisiin ja vähäteltäisiin, ne nähdään mahdollisuutena oppia ja kehittyä. (Leape ym. 2012, s. 853-854)

Haattatapahtumiin ja läheltä piti-tapahtumiin voidaan suhtautua joko yksilö- tai systeemilähtöisesti. Yksilönäkökulman mukaan virheestä vastaa sen tehnyt henkilö ja häntä voidaan syyllistää ja rangaista eri tavoin, kuten määräämällä uudelleen koulutukseen tai poistamalla hoitovelvoitteet. Systeeminäkökulma taas pyrkii keskittymään haattatapahtumaan johtaneisiin olosuhteisiin ja taustatekijöihin, ja tapahtunut virhe nähdään organisaation sisään rakentuneen järjestelmän yleisempänä puutteellisuutena. (McCaughan & Kaufman 2013, s. 53) Jokaisen tiimin ja sen jäsenen on toki myös ymmärrettävä oma vastuunsa haattatapahtumien havaitsemisessa ja korjaamisessa, jotta pienestä virheestä ei syntyisi katastrofaalista lopputulosta (Leape ym. 2012, s. 853-854).

Potilasturvallisuuskulttuurin määritelmä

Potilasturvallisuuskulttuurin on todettu olevan monimutkainen ja vaikeasti ymmärrettävissä oleva ilmiö myös hoitotyön ammattilaisille. Erään määritelmän mukaan termi ”potilasturvallisuuskulttuuri” tarkoittaa hoitohenkilökunnan potilasturvallisuutta kohtaan kokemien arvojen ja asenteiden lopputulosta, joka tulee näkyviin dynaamisessa vuorovaikutuksessa ihmisten, tehtävien ja järjestelmien välillä. (Feng ym. 2012, s. 252) Potilasturvallisuuskulttuuri ei kuitenkaan tule näkyväksi vain yksittäisissä tapahtumissa, vaan myös organisaation rakenteissa. Potilasturvallisuus koskettaa jokaista terveydenhuollon organisaation työntekijää ja sitä jaetaan keskinäisellä kommunikaatiolla. Organisaation johdon lisäksi hoitohenkilökunnan arvot ja tietämys ovat kriittisessä asemassa potilasturvallisuuskulttuurin syntymiselle ja kehittymiselle heidän ollessa läheisimmässä kontaktissa potilaisiin. (Groves ym. 2011, s. 1853)

Hyvässä potilasturvallisuuskulttuurissa jokainen työntekijä asennoituu jatkuvasti arvioimaan tilanteita ja pyrkii toiminnallaan poistamaan potilaalle mahdollisesti koituvia haittoja. Potilasturvallisuuskulttuurikäsitteen avulla tarkastellaan siis sitä, millä tavalla henkilöstö asennoituu potilaiden turvallisuuteen ja miten he ymmärtävät turvallisuuden ja työhön liittyvät vaarat. (Pietikäinen ym. 2008, s. 24) Potilasturvallisuuskulttuuri vaikuttaa työntekijöiden käyttäytymiseen ja ajatusmalleihin, ja antaa suuntaviivat potilasturvallisuuden ja muiden työn tavoitteiden prioriteettijärjestykselle.

Kulttuuri muokkaa myös käsityksiä organisaation ”normaaleista” toimintatavoista potilasturvallisuuden huomioimisessa. (Weaver ym. 2013, s. 369) Potilasturvallisuuskulttuurista puhuttaessa ei kuitenkaan tarkoiteta yksittäisen ammattihenkilöiden asenteita, etiikkaa ja juridista vastuuta, sillä kulttuuri on ihmisryhmän, ei yksilön ominaisuus. Sillä viitataan siis nimenomaan koko organisaation, ammattiryhmän tai pienempiin ryhmiin jakautuneen yhteisön tarkasteluun. (Pietikäinen ym. 2008, s. 10)

2.2 Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet

Sammer ym. jaottelivat kirjallisuuskatsauksessaan potilasturvallisuuskulttuurin seitsemään eri alakulttuuriin, jotka ovat johtaminen, tiimityöskentely, näyttöön perustuvuus, kommunikaatio, oppiminen, oikeudenmukaisuus ja potilaskeskeisyys (Sammer ym. 2010, s. 157). Samoja elementtejä on myös VTT:n tutkijoiden kehittämässä mallissa turvallisuuskulttuurin tarkastelutasoista, joka on esiteltynä kuvassa 1 (Kinnunen & Peltomaa 2009, s.73, muokattu Pietikäinen ym. 2008 s. 42). Näitä seitsemää osa-aluetta käytetään tässä opinnäytetyössä teoreettisen viitekehyksen luomisessa ja tutkimusaineiston sisällönanalyyysissa.

Johtaminen

Terveysthuollon organisaatiossa johdolla on aina vastuu potilasturvallisuudesta ja sen edellytyksistä. Potilasturvallisuuden kehittäminen vaatiikin johdolta näkyvää paneutumista asiaan, sekä konkreettisia toimenpiteitä potilasturvallisuuden varmistamiseksi mm. fyysisen työympäristön, henkilöstömitoituksen ja henkilöstön kouluttautumisen alueilla. Kaikissa kehittämishankkeissa, uudistuksissa ja tavoitteiden asettelussa potilasturvallisuuden tulisi olla selkeä prioriteetti. (Vainionperä 2012, s. 16-17)

Johdon sitoutumista turvallisuuteen ja sen vaikutuksia potilasturvallisuuskulttuuriin ovat tutkineet myös mm. kiinalainen tutkijaryhmä Feng ym. He totesivat esimiesasemassa toimivien sitoutumisella turvallisuuteen olevan selkeää vaikutusta organisaation potilasturvallisuuskulttuuriin, ja että johdon pyrkimykset parantaa turvallisuutta tulevat huomioiduiksi hoitohenkilökunnan keskuudessa. (Feng ym. 2011, s. 249-252) . Kehittääkseen organisaation potilasturvallisuutta tulee esimiesten olla

läsnä jokapäiväisessä työssä ja pitää jatkuvasti esillä turvallisuuteen liittyviä asioita (Groves ym. 2011, s. 1852). Tiukkaa hierarkiaa terveydenhuollon organisaatioissa pidetään kulttuuria, tiimityötä ja turvallisuutta heikentävänä tekijänä. (Kaufman & McCaughan 2013, s. 54)

Tiimityöskentely

Tiimityön vaikutuksesta potilasturvallisuuteen on myös saatu paljon tutkimusnäyttöä. Potilaiden ollessa aikaisempaa monisairaampia ja hoitokeinojen sekä teknologian kehittyessä vaaditaan terveydenhuoltoalan ammattilaisilta entistä enemmän sitoutumista moniammatilliseen tiimityöhön. (Sammer ym. 2010, s. 161) Johnson ja Kimsey korostavat hyvin toimivan tiimin keskittyvän kaiken aikaa potilaaseen ja hänen turvallisuuteensa ja pitävän turvallisuutta tärkeämpänä kuin tiimin keskinäistä hierarkiaa. Tällöin tiimin jäsenet ovat avoimia sekä esittämään, että ottamaan vastaan kysymyksiä tai huomioita potilaaseen tai hänen hoitoonsa liittyen. Tiimin tilannetietoisuudella tarkoitetaan kaikkien sen jäsenten ymmärrystä kyseisestä tilanteesta, ongelmasta, suunnitelmasta ja tavoitteesta. Mikäli tällaista yhteisymmärrystä ei jostakin syystä ole, ei haluttuihin tuloksiin välttämättä päästä väärinymmärrysten vuoksi. (Johnson & Kimsey 2012, s. 594-595)

Kommunikaatio

Potilasturvallisuuskulttuuria kehitettäessä ja ylläpidettäessä tehokas kommunikaatio johdon ja muun henkilökunnan välillä on tärkeässä asemassa. Jatkuvalla vuorovaikutuksella saadaan pidettyä yllä keskustelua turvallisuustavoitteista, päämääristä, hyvistä käytännöistä, strategioista ja kehittämiskohteista. (Feng ym. 2011, s. 253) Viestimällä turvallisuudesta organisaation johto osoittaa työntekijöilleen olevan kiinnostunut turvallisuudesta ja seuraavansa turvallisuuden tilaa. Turvallisuuden priorisointi tulee näkyviin päätöksenteossa, esimerkiksi henkilöstöresursseja jaettaessa. (Pietikäinen ym. 2008, s. 28) Etulinjan työntekijöille on äärimmäisen tärkeää, että heidän organisaation johdolle kommunikoimansa asiat tulevat kuulluiksi ja tiedostetuiksi. Palautteen antaminen puolin ja toisin johtaa avoimeen ja luottamukselliseen suhteeseen, joka taas on edellytys potilasturvallisuuskulttuurille. (Sammer ym. 2010, s. 162)

Selkeää kommunikaatiota tarvitaan hallinnollisten tilanteiden lisäksi myös käytännön potilastyössä. Etukäteen sovittu selkeä kieli sekä kommunikaatiotekniikat ovat potilasturvallisuuden kannalta erittäin tärkeitä hektisissä tilanteissa. (Sammer ym. 2010, s. 162) Laadukkaasti toimivan tiimin edelly-

tys on toimiva kommunikaatio ja yhteinen päämäärä. Kommunikaatio-ongelmien on todettu myötävaikuttavan jopa 60% haittatapahtumista. Organisaatioiden monimutkaisuus sekä niiden sisällä vallitsevat sisäiset alakulttuurit, hierarkiat, huono lähijohtaminen sekä kunnioituksen puute muodostavat helposti ongelmia kommunikaatioon. (Vainionperä 2012, s. 15-16) Inhimillisten virheiden hallinnassa toimiva kommunikaatio onkin osoittautunut tärkeäksi työkaluksi (Vainionperä 2012, s. 42).

Näyttöön perustuvuus

Käytännön työtä tukevat ohjeet ja säännöt antavat suuntaviivat turvalliselle toiminnalle. Niiden vaikutus turvallisuuteen riippuu kuitenkin siitä, millä tavoin niitä luodaan ja ylläpidetään, ja miten niihin suhtaudutaan. Korkean turvallisuuskulttuurin organisaatiossa sääntöjä ja ohjeita pidetään havaittujen riskien perusteella tarvittaessa täydennettävänä ja muutettavina toimintamalleina, ei ikuisina ja kaikenkattavina käytäntöinä. (Pietikäinen ym. 2008, s. 30) Näyttöön perustuvia hoitosuosituksia, toimintamalleja ja tarkastuslistoja käyttävien organisaatioiden voidaan nähdä toteuttavan turvallisuuskulttuuria käytännön tasolla (Sammer ym. 2010, s. 162). Suomessa käytettävissä olevat Käypä hoito -suositukset ovat tutkimusnäyttöön perustuvia, riippumattomia ohjeita päätöksenteon ja alueellisten hoito-ohjeiden tueksi (Käypä hoito 2015).

Oppiminen

Oppiva organisaatio pyrkii oppimaan tapahtuneista haittatapahtumista ja parantamaan käytäntöjään niiden pohjalta. Se myös tutkii haittatapahtumansa juurisyitä myöten. Oppimiskulttuuri ylläpitää tilannetietoisuutta hoitohenkilökunnan keskuudessa ja antaa heille mahdollisuuksia kouluttautua. Potilasturvallisuuden koulutuksen tulisi pitää sisällään ainakin perusasiat turvallisuuden tieteestä, korkean turvallisuuden organisaatiosta, turvallisuuskulttuurin arvioimisesta ja turvallisuuden parantamisprosessista. Oppivassa organisaatiossa palkitaan ja kannustetaan hyviä suorituksia ja niiden tekijöitä. (Sammer ym. 2010, s. 162)

Potilasturvallisuuden varmistamisessa oleellista on organisaation ja sen henkilöstön kyky havainnoida toimintaansa jatkuvasti. Potentiaalisia riskejä tulee käsitellä ja tutkia systeemilähtöisesti, ja niistä oppia. (Vainionperä 2012, s. 42) Haittatapahtumien ja läheltä piti-tilanteiden raportointi on tärkeä osa organisaation oppimiskäytäntöjä. Nämä mahdollistavat toiminnan ennakoivan kehittämisen ja mahdollisiin vaaratilanteisiin varautumisen. (Pietikäinen ym. 2008, s. 29) Toimintaa voi-

daan parantaa vain tiedostamalla riskeille altistavat tilanteet ja systeemin heikkoudet. Tiedon puutteen onkin todettu olevan merkittävä este potilasturvallisuuskulttuurin kehitykselle. Saatuja poikkeamaraportteja on myös hyödynnettävä jakamalla niistä saatua tietoa eteenpäin. (Vainionperä 2012, s. 44-45)

Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisen kulttuurin taustalla on jokaisen toimijan henkilökohtaisen vastuun ja systeemijattelun tasapaino. Neljän kysymyksen avulla voidaan määritellä, onko sattuneen haittatapahtuman taustalla yksilön vai järjestelmän virhe. Oliko henkilön teko tahallinen? Oliko kyseinen henkilö alkoholin tai huumausaineiden vaikutuksen alaisena? Oliko henkilö tietoinen siitä, että hän on tekemässä virheen? Voisiko kahdelle tai kolmelle henkilön kollegalle tapahtua sama virhe? Oikeudenmukainen kulttuuri tunnistetaan luottamuksesta ja ei-rankaisevasta asenteesta virheen tekijää ja siitä raportojaa kohtaan. (Sammer ym. 2010, s. 163) Oikeudenmukainen kulttuuri näyttäytyy toimijoille luottamuksessa, hyväksyttävän ja ei-hyväksyttävän toiminnan määrittelemisessä, reiluudessa ja vastuunkantamisessa (Ulrich & Kear 2014, s. 450).

Potilaskeskeisyys

Joistakin muista korkean riskin organisaatioista poiketen, terveydenhuollossa vaaratapahtumasta joutuu yleensä kärsimään potilas, ei työntekijä. Haittatapahtumat ovat yksittäisiä ja kohdistuvat yksilöön, sen sijaan, että koko yhteisön yli pyyhkäisisi jokin katastrofiaalto. (Groves ym. 2011, s. 1847) Potilaskeskeinen organisaatio muistaa potilaan ja hänen omaistensa olevan sen olemassaolon perusta. Se arvostaa potilasta tarjoamalla parasta ja turvallisinta saatavilla olevaa hoitoa ja kannustaa työntekijöitään kohtaamaan jokaisen potilaan yksilöllisesti ja myötätuntoisesti. (Sammer ym. 2010, s. 163) Potilaskeskeinen hoito onkin lisääntyvässä määrin otettu mukaan laadukkaan hoidon kriteereihin. Sillä tarkoitetaan avointa kommunikaatiota ja päätöksentekoa yhteistyössä potilaan kanssa. (Kaufman & McCaughan 2013, s. 53)

2.3 Potilasturvallisuuskulttuurin kehittäminen

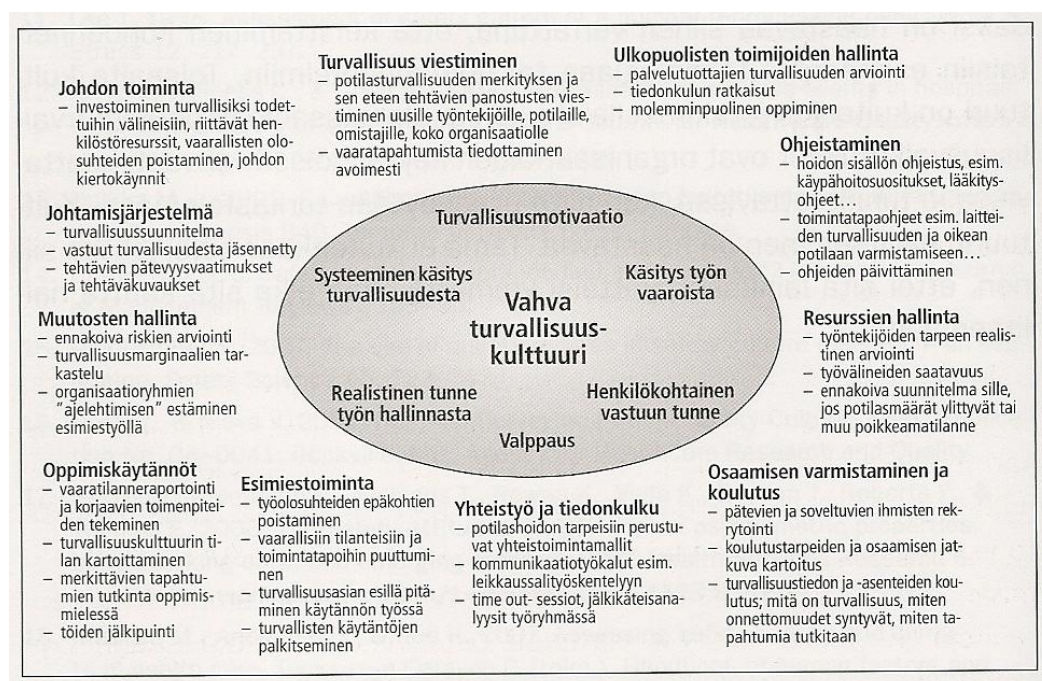
Jotta organisaation potilasturvallisuutta voidaan kehittää, se edellyttää turvallisuuskulttuurin tutkimusta ja arviointia. Tulokset toimivat lähtökohtana tulevalle kehittämistyölle sekä pohjana toteutettujen kehittämistoimenpiteiden vaikutusten arvioinnille. Terveystieteiden organisaatioiden tulisi pyrkiä kehittämään turvallisuuskulttuuriaan siten, että henkilöstö keskittyy jatkuvasti parantamaan hoidon sekä hoitoprosessien laatua ja turvallisuutta. Potilasturvallisuuden edelläkävijöinä pidetyt terveystieteiden organisaatiot korostavat aktiivisesti turvallisuusasioita läpi koko organisaatiorakenteen. (Vainionperä 2012, s. 8)

Potilasturvallisuuskäytäntöjä ja -kulttuuria kehitettäessä organisaation johdon tulee arvioida ja kehittää uudelleen potilasturvallisuusjärjestelmänsä, mukaan luettuna hallinnolliset, sekä raportointijärjestelmät. Työntekijöille tulee myös järjestää asianmukaista koulutusta potilasturvallisuuden käytännöistä, työkaluista ja niiden käyttöönottamisesta. (El-Jardali ym. 2011, s. 10-11)

Weaverin ym. tekemässä tutkimuksessa selvitettiin, mitkä yksittäiset tekijät olivat hyödyllisimpiä potilasturvallisuuskulttuurin implementoinnissa työyhteisöön. He totesivat potilasturvallisuuskulttuurin edistäminen koostuvan useiden eri tekijöiden juurruttamisesta johtamiseen, tiimityöhön ja toimintatapoihin. Parhaimmat tulokset saatiin kun tehtiin parannuksia usealla eri osa-alueella, kuten tiimityöskentelyn ja kommunikaation harjoittelemisella sekä lisäämällä esimiesten ja johdon vierailuja työyksiköissä keskustelemassa potilasturvallisuusriskeistä. (Weaver ym. 2013, s. 373) Groves ym. totesivat turvallisuuskulttuurin kehittämisen käyvän helpommin rakentamalla sitä jo olemassa oleviin rakenteisiin, kuin muuttamalla niitä kokonaan. Organisaation arvoja tulisi tarkastella kriittisesti, jotta saadaan selville mahdolliset muut tekijät, jotka ajavat potilasturvallisuuden ohitse tai kilpailevat sen kanssa. (Groves ym. 2011, s. 1852)

3 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

Tutkimuksen lähtökohtana toimiva teoreettinen viitekehys kuvataan kahtena hieman erilaisena mallina, joita sovelletaan ja yhdistellään tutkimuksen myöhemmässä vaiheessa. VTT:n tutkijat ovat jao- telleet turvallisuuskulttuurin kolmeen eri tarkastelutasoon: organisatoristen ulottuvuuksien tasoon, psykologisten ulottuvuuksien tasoon ja sosiaalisten prosessien tasoon. Organisatoriset ulottuvuudet ovat näkyviä ja konkreettisia turvallisuuden rakentamisen ydintoimintoja, jotka luovat pohjan psy- kologisille ulottuvuuksille ja sosiaalisille prosesseille. (Pietikäinen ym. 2008, s. 26-27) Tässä opin- näytetyössä käytetään VTT:n jaottelusta ainoastaan organisatoristen ulottuvuuksien tarkastelutasoa sen luodessa pohjan kaikille muille toiminnoille.



Kuva 1, Turvallisuuskulttuurin organisatoriset ulottuvuudet ja niiden kehittäminen. (muokattu Pietikäinen ym. 2008 s.42. Kirjassa Potilasturvallisuus ensin, Kinnunen & Peltomaa 2009, s.73).

Sammer tutkijaryhmineen jakoi potilasturvallisuuskulttuurin seitsemään eri alakulttuuriin, jotka on käyty tarkemmin läpi tämän opinnäytetyön luvussa 2.2. ja luetteloitu taulukkoon 1.

Taulukko 1, Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueet (Sammer ym. 2009, s.158 mukaan)

Johtajuus	Tiimityö	Oppiminen	Oikeudenmukaisuus	Näyttöön perustuvuus	Kommunikaatio	Potilas-keskeisyys
vastuullisuus	asiantuntijuus	koulutus	ei syyllistävä	turvallisuustiede	läpinäkyvyys	fokus potilaassa
hallinto	kunnioitus	osaamisen testaaminen	systeeminäkökulma	hyvät käytännöt	yhteistyö	informointi
prioriteetit	turvallisuus	tietoisuus	luottamus	standardit	selkeys	empatia
muutosten hallinta	joustavuus	tiedottaminen	avoin raportointi	luotettavuus	turvallisuusraportointi	terveyden edistäminen
resurssit	tukeminen	ennakointi		teknologia	strukturoidut tekniikat	
sitoutuminen		virheistä oppiminen				
roolimalli		kehittäminen				
tuki						
näkyvyys						
visio						

Tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu yhdistämällä elementtejä näistä kahdesta teoriasta. VTT:n mallin organisatorisia ulottuvuuksia täydennetään Sammerin ym. yksityiskohtaisemmillä osa-alueiden kuvauksilla, jolloin saadaan käsitys koko organisaation läpi ulottuvasta potilasturvallisuuskulttuurista. Teoreettista viitekehystä käytetään tämän opinnäytetyön luvussa 5 tutkimustulosten sisällönanalyyysissa.

4 TUTKIMUKSEN TAVOITE, KYSYMYKSENASETTELU JA TYÖELÄMÄ-LÄHTÖISYYS

Tutkimuksen tavoitteena on saada todenmukainen käsitys Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen potilasturvallisuuskulttuurista. Tulosten perusteella pyritään päättämään, millainen on organisaation potilasturvallisuuskulttuurin nykytila suhteessa aikaisempaan tutkimustietoon, sekä millä tavoin ja mihin suuntaan sitä tulisi kehittää.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Millaisena nähdään potilasturvallisuuskulttuuri Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella?
- 2) Mitä turvallisuuskulttuurin ja potilasturvallisuuden osa-alueita pelastuslaitoksella tulisi kehittää? Millä tavoilla?

Pelastuslaitoksen organisaatio ja henkilöstö

Tutkimus on hankkeistettu opinnäytetyö, jonka ulkopuolisena ohjaajana toimii pelastuslaitoksen potilasturvallisuusasioista vastaava lääkintäesimies. Keski-Uudenmaan pelastuslaitos on kahdeksan kunnan alueella (Vantaa, Kerava, Tuusula, Järvenpää, Nurmijärvi, Hyvinkää, Mäntsälä ja Pornainen) toimiva liikelaitos, joka toimii Vantaan kaupungin hallinnossa. Pelastuslaitoksen ensihoitojärjestelmässä toimii 11 ympärivuorokautisessa valmiudessa toimivaa hoitotason yksikköä, joissa toimivien ensihoitajien lähiesimiehenä toimii päivystävä lääkintäesimies, joka myös vastaa vaativien ensihoidotehtävien johtamisesta Vantaan ja Keravan alueella. (Keski-Uudenmaan pelastuslaitos 2015) Vuonna 2013 ensihoito siirtyi sairaanhoitopiiriin järjestettäväksi ja pelastuslaitos toimii Keski-Uudenmaan alueella yhtenä palveluntuottajana. Kiireellisessä ensihoitojärjestelmässä toimivat pelastuslaitoksen lisäksi HUS:n kolme ensihoidoyksikköä ja alueen pohjoisissa kunnissa päivystävä HUS:n lääkintäesimies, sekä yksityisiä palveluntuottajia. (Partanen & Ekman 2013, s. 3)

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidossa työskentelee yhteensä 100-130 henkilöä vuodenaikasta riippuen. Toimistohenkilökuntaan kuuluu ensihoidopäällikkö sekä kaksi lääkintämestaria. Päivystäviä lääkintäesimiehiä on viisi, hoitotason ensihoitajia 88 ja vakinaisia perustason ensihoitajia yhdeksän. Lisäksi perustasolla toimii vaihteleva määrä sijaisia. Perustasoisina ensihoitajina toimivia pelastajia on 68, jotka valitaan tehtävään joka vuosi uudelleen. Heidän työajastaan 40% koostuu ensihoidosta ja loput työvuoroista he toimivat pelastusyksiköissä. Alueella toimii kaksi ensihoi-

don vastuulääkäriä; toinen Peijaksen ja toinen Hyvinkään sairaanhoitoalueella. (Sopanen 2015)
Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen organisaatiokaavio on liitteenä 2.

5 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen tekeminen aloitettiin kirjallisuuskatsauksella, jonka perusteella luotiin käsitys ja teoreettinen viitekehys organisaation hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista. Varsinainen tutkimusaineisto hankittiin tämän jälkeen haastattelemalla Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen organisaation ensihoidossa toimivia työntekijöitä. Vertaamalla näitä toisiinsa pyrittiin saamaan vastaukset yllä esitettyihin tutkimuskysymyksiin.



Kuva 2, Tutkimuksen vaiheet

5.1 Tutkimusmetodi

Tutkimus on laadullinen ja aineiston sisältö analysoitiin teorialähtöisesti, eli deduktiivisesti. Aieman tutkimustiedon perusteella luotiin ensin viitekehys tutkittavalle aihepiirille (Tuomi & Sarajärvi 2002, s. 116). Tämä viitekehys ohjasi sekä aineiston analyysia, että tutkimuksesta saatavia johtopäätöksiä (Kankkunen ym. 2009, s. 134, 136). Tässä tutkimuksessa teoreettinen viitekehys määrittelee, millainen on hyvä potilasturvallisuuskulttuuri ja mitä eri elementtejä se pitää sisällään.

Monissa tutkimuksissa potilasturvallisuuskulttuuria on tarkasteltu koko organisaation henkilöstölle tehtävien kyselyiden ja määrällisen tutkimusmetodin avulla. Tässä opinnäytetyössä päädyttiin laadulliseen metodiin ja ryhmähaastatteluihin, koska potilasturvallisuuskulttuuriin haluttiin päästä pureutumaan pintaa syvemältä. Haastateltavat pääsivät perustelemaan vastauksiaan laajemmin, kuin kyselyyn vastaamalla ja samalla pohtimaan asioita yhdessä vertaistensa kanssa.

5.2 Eettiset näkökulmat

Opinnäytetyön tekijä sitoutuu noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen jokaisessa vaiheessa (Arcada 2014). Tutkimus, sekä tulosten esittäminen ja arvioiminen tehdään huolellisesti, rehellisesti ja tarkasti (TENK 2012). Haastattelutallenteet ja translitteroinnit hävitetään tutkimuksen tekijän toimesta asianmukaisesti tutkimuksen valmistuttua. Sopimus hankkeistetusta opinnäytetyöstä tehtiin 5.4.2015 ja pelastuslaitoksen työntekijöiden haastattelemiseen saatiin lupa Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtoryhmältä 12.6.2015. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistujat saivat haastatteluiden ajalta tuntikorvauksen. Haastateltavien anonymiteetti pyrittiin turvaamaan identifioimalla heidät ainoastaan ammattiryhmittäin, ei esimerkiksi iän tai työuran pituuden perusteella.

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidon ammattilaisiin kuuluu erilaisten koulutus- ja kokemustaan omaavia henkilöitä, muun muassa ensihoitajia (AMK), sairaanhoitajia (AMK), lähihoitajia, pelastajia, sekä alaa vielä opiskelevia. Tämän voidaan olettaa tuovan vaihtelua myös näkemyksiin potilasturvallisuuskulttuurista.

Opinnäytetyön tekijän työskennellessä itse tutkimuksen kohteena olevalla pelastuslaitoksella, on riski ennakkokäsityksiin ja objektiivisuuden kärsimiseen suuri. Niiden vaikutuksia tutkimuksen tekemiseen ja aineiston analysointiin pyritään minimoimaan hankkimalla aiheesta mahdollisimman laaja käsitys aikaisemmista kansainvälisistä tutkimuksista ja soveltamalla valmista haastattelurunkoa.

5.3 Tutkittavien valinta

Tutkimustiedon keruu tapahtui fokusryhmähaastatteluiden avulla. Ryhmähaastattelun on todettu olevan tehokas keino saavuttaa suuri joukko haastateltavia, eikä haastattelijan vaikutus mielipiteiden ja kulttuurillisten jäsennysten esille tuomiseen ole niin suuri, kuin yksilöhaastattelua tehtäessä. Ryhmähaastatteluiden avulla päästään helposti hankkimaan faktuaalista informaatiota, tutkimaan yhteisiä normeja ja ihanteita sekä tavoittelemaan uusia ideoita. (Eskola & Suoranta 2003, s.96) Haastatteluiden aihepiirit olivat ennalta määrättyjä, joten kyseessä on teemahaastattelu (Aaltola & Valli 2001, s.26). Jokaiseen haastatteluun otettiin mukaan 1-7 vapaaehtoista, jotka työskentelevät Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidossa. Haastatteluryhmiä tuli yhteensä neljä; perustason ensihoitajina toimivat pelastajat (ryhmä 1), perustason ensihoitajat (ryhmä 2), hoitotason ensihoitajat (ryhmä 3) sekä päivystävät lääkintäesimiehet (ryhmä 4). Asettamalla haastateltavat koulutustason ja ammattiryhmän mukaisesti ryhmiin pyrittiin saamaan selville näiden välillä mahdollisesti vallitsevia näkemyseroja sekä yhteneväisyyksiä.

Vapaaehtoisia haastateltavia pyydettiin mukaan tutkimukseen sähköpostilla, joka toimitettiin koko Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen operatiiviselle ensihoitohenkilöstölle pelastuslaitoksen tilannekeskuksen välityksellä. Pelastajien ryhmään vapaaehtoisia ilmoittautui 8 henkilöä, joista mukaan haastatteluun pääsi 5. Perustason ryhmään ilmoittautui ainoastaan kaksi vapaaehtoista, joista osallistumaan pääsi vain toinen. Hänelle päädyttiin pitämään muista ammattiryhmistä poiketen yksilöhaastattelu. Eniten vapaaehtoisia haastateltavia saatiin hoitotason ryhmään. Heitä ilmoittautui 11 henkilöä, joista haastatteluun pääsi mukaan seitsemän. Lääkintäesimiesten ryhmään haastateltavia saatiin kaksi. Haastattelukutsu jouduttiin lähettämään henkilöstölle kolmeen kertaan vapaaehtoiseksi ilmoittautuneiden pelastajien, perustason ensihoitajien ja lääkintäesimiesten vähäisen määrän vuoksi. Koko pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstölle lähetetty haastattelukutsu on liitteenä 3 ja haastatteluun tulevien saatekirje liitteenä 4.

5.4 Haastattelut

Haastatteluiden keskeisenä teemana oli organisaation potilasturvallisuus ja sen kehittäminen. Niissä sovellettiin VTT:n kehittämää haastattelurunkoa (Pietikäinen ym, 2008). Haastattelukysymykset ovat liitteessä 5. Haastatteluiden aika ja paikka sovittiin vapaaehtoisten kanssa etukäteen. Paikaksi

valittiin pelastuslaitoksen asemilta rauhallinen tila, jossa häiriötekijöitä olisi mahdollisimman vähän. Yksi haastatteluista jouduttiin kuitenkin hetkeksi keskeyttämään ulkopuolisten tekijöiden vuoksi. Haastateltavat eivät olleet haastattelun aikana hälytysvalmiudessa, eikä kukaan joutunut jättämään haastattelua kesken. Opinnäytetyön tekijä toimi itse haastattelijana, ja kertoi oman roolinsa olevan enemmänkin kysymysten esittäjä ja tarkkailija, kuin keskusteluun osaa ottava. Näin pyrittiin välttämään johdattelua haastateltavien mielipiteisiin. Haastateltaville annettiin mahdollisuus vetää omat osuutensa pois tutkimusmateriaalista missä vaiheessa tahansa. Aikaa haastatteluihin kului neljästäkymmenestä minuutista kahteen tuntiin, perustason yksilöhaastattelun ollessa lyhyin ja hoitotason haastattelun pisin. Pelastajien ja lääkintäesimiesten haastattelut kestivät noin tunnin.

5.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistolle tehtiin translitteroinnin jälkeen deduktiivinen sisällönanalyysi. Deduktiivisen päättelyn tarkoituksena on tutkia lähtökohtana toimivan teorian tai teoreettisen käsitteen ilmenemistä käytännössä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, s. 135). Aineisto luokiteltiin kirjallisuuskatsauksen perusteella luodun teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Luokittelu tehtiin Tuomen & Sarajärven mallin mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 93-94). Osa luokiteltavista aihepiireistä, kuten laadunvalvonta ja liikenneturvallisuus, nousivat tutkimusaineistosta varsinaisen viitekehyksen ulkopuolelta. Osa aiotuista luokista, kuten potilaskeskeisyys ja näyttöön perustuva taas yhdistettiin muihin samankaltaisiin luokkiin riittämättömän aineiston vuoksi.

Viitekehyksen ollessa hyvin laaja ja moniulotteinen luokittelu tehtiin käyttämällä ylä- ja alakategorioita sekä yhdistelemällä joitakin osa-alueita, kuten koulutus ja perehdytys. Teoreettisen viitekehyksen sisältämien osa-alueiden jakamisen vain kahteen pääkategoriaan ajateltiin tuovan selkeyttä sen monimuotoisuuteen. Kolmas pääkategoria tarkastelee potilasturvallisuuskulttuuria ensihoidon erityispiirteiden kautta.

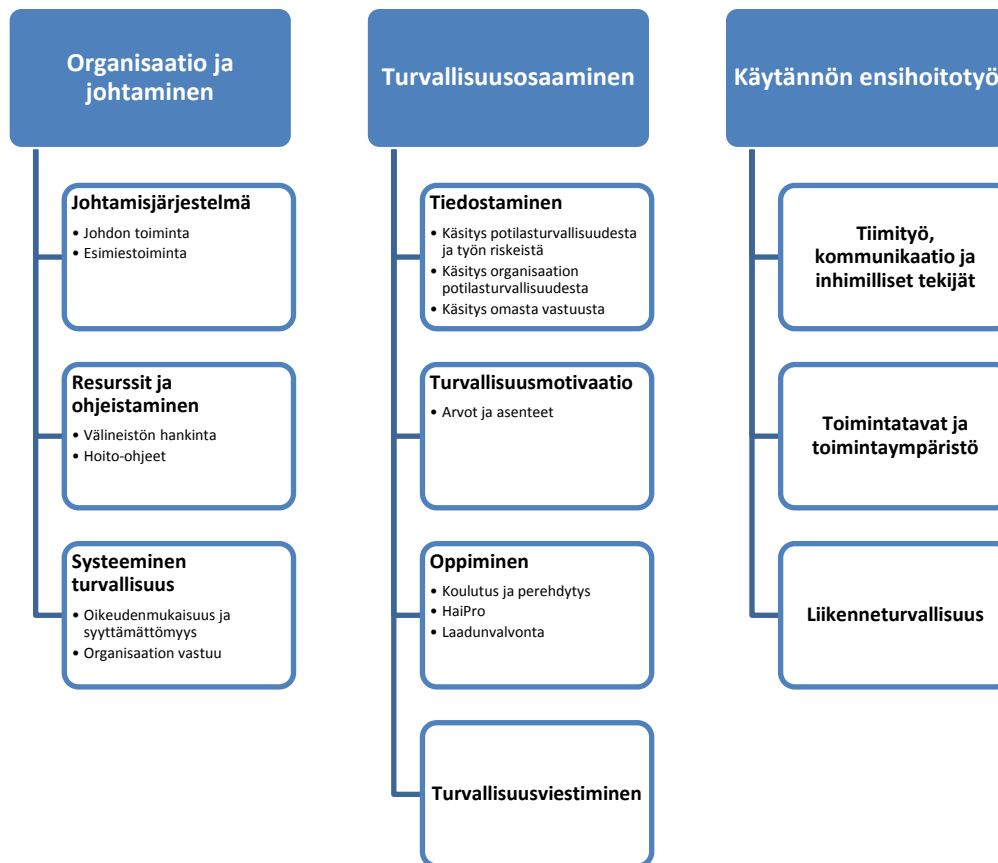
Aineisto luokiteltiin kolmeen pääkategoriaan, jotka ovat organisaatio ja johtaminen, turvallisuus-osaaminen sekä käytännön ensihoitotyö. Näitä tarkastellaan nimenomaan potilasturvallisuuden näkökulmasta. Organisaatio ja johtaminen-kategorian alle otettiin teoreettisen viitekehyksen Pietikäisen ym. (2008) kuviosta ensimmäiseksi alakategoriaksi johtamisjärjestelmä, jonka alle tulivat joh-

don ja esimiesten toiminta. Resursseja ja ohjeistamista sekä systeemistä turvallisuuskäsitystä koskevat elementit otettiin omiksi alakategorioikseen. Sammerin ym. (2010) potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueista tähän kategoriaan kuuluvat johtajuus ja oikeudenmukaisuus. Näyttöön perustuvuuden osa-alue yhdistettiin samaan luokkaan ohjeistamisen kanssa vähäisen materiaalin vuoksi.

Toiseen, turvallisuusosaamisen yläkategoriaan otettiin Pietikäisen ym. (2008) kuviosta tiedostamisen alakategoriaksi käsityksen työn vaaroista ja henkilökohtaisen vastuun tunteen osa-alueet. Samaan alakategoriaan otettiin viitekehyksen ulkopuolelta tutkimusaineistosta esiin nousseet käsitykset potilasturvallisuudesta yleensä, sekä organisaation potilasturvallisuuden tasosta. Tähän yläkategoriaan liitettiin myös turvallisuusmotivaation ja turvallisuusviestimisen elementit. Sekä Pietikäisen ym. (2008), että Sammerin ym. (2010) osa-alueista tähän yläkategoriaan otettiin oppiminen. Sen alle kuuluvat Pietikäisen ym. (2008) kuviossa mainitut osaamisen varmistaminen ja koulutus sekä oppimiskäytännöt, joista HaiPro (haittatapahtumien raportointijärjestelmä) käsiteltiin erikseen. Laadunvalvontaa ei mainita viitekehyksessä, mutta otettiin osaksi oppimisen alakategoriaa sen esiinnyttyä useita kertoja tutkimusaineistossa.

Kolmatta yläkategoriata, käytännön ensihoitotyötä, ei sellaisenaan löydy viitekehyksestä. Se rakentuu osittain viitekehyksen sisältämistä elementeistä, ja osa sen alakategorioista otettiin mukaan niiden esiinnyttyä tutkimusaineistossa toistuvasti. Pietikäisen ym. (2008) kuviosta otettiin tähän yläkategoriaan yhteistyön ja tiedonkulun osa-alue, joka liitettiin osaksi tiimityötä, kommunikaatiota ja inhimillisiä tekijöitä käsittelevää alakategoriata. Samaan alakategoriaan tulivat Sammerin ym. (2010) osa-alueissa mainitut tiimityö ja kommunikaatio, sekä potilaskeskeisyys osana näitä. Toimintatapoja, liikenneturvallisuutta ja toimintaympäristöä koskevat alakategoriat nousivat tutkimusaineistosta. Niitä käsiteltiin jokaisessa haastatteluryhmässä ja ovat oleellinen osa ensihoidon potilasturvallisuutta ja sen kehittämistä Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella, joten ne päätettiin liittää tutkimukseen mukaan.

Potilasturvallisuuskulttuurin näkökulmasta luokittelun kaksi ensimmäistä yläkategoriata luovat perustan, jonka pohjalta potilasturvallisuus tulee näkyväksi käytännön teoissa kolmannessa yläkategoriasa. Toimijoiden näkökulmasta ensimmäinen yläkategoria viittaa organisaation johtoon ja kolmas ensihoitohenkilöstöön, kun taas keskimmaisessä yläkategoriasa keskitytään näihin molempiin.



Kuva 3, Sisällönanalyysin luokittelu

Haastatteluista saadun aineiston avulla tarkasteltiin, millainen potilasturvallisuuskulttuuri Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella nähdään vallitsevan ja missä määrin se vastaa teoreettista viitekehystä. Johtopäätöksiä tehtiin sekä tarvittavista kehittämiskohteista, että niistä asioista, joita nyt tehdään hyvin potilasturvallisuuden edellytysten luomiseksi. Vastausten perusteella pyrittiin selvittämään sekä potilasturvallisuuteen vaikuttavia käytännön asioita, että käytännön tason taustalla vaikuttavia arvoja, asenteita ja motiiveja, eli potilasturvallisuuskulttuuria.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tulokset käydään läpi sisällönanalyysin luokittelun mukaisessa järjestyksessä. Tulosten tarkastelu etenee haastatteluryhmien mukaisesti pelastajista perustasoon, hoitotasoon ja lääkin-täesimiehiin. Mikäli jossakin ryhmässä ei syntynyt keskustelua tietyistä aihealueista, se mainitaan kunkin kappaleen alussa. Haastatteluista lainattuja sitaatteja on osittain muokattu haastateltavien identiteetin suojaamiseksi.

6.1 Organisaatio ja johtaminen

Organisaatioon ja johtamiseen liittyviä haastatteluvastauksia tarkastellaan johtamisjärjestelmän, re-surssien ja ohjeistamisen, systeemisen turvallisuuskäsitteiden sekä organisaation vastuun näkö-kulmista. Näiden vastausten avulla pyritään ymmärtämään, millä tavalla kuva henkilöstöllä on or-ganisaation potilasturvallisuusjohtamisesta ja sen osa-alueista.

Johtamisjärjestelmä

Pelastajien ja perustason haastatteluryhmissä organisaation johdon toimintaa käsiteltiin vain vähän, mutta haastateltavat vaikuttivat olevan siihen hyvin tyytyväisiä ja pitivät organisaation johtamista-poja ja henkilöstöhallintoa hyvänä.

”Tämä meidän organisaatiohan on aika toimiva ja varmasti Suomen mittapuussa kestää vertailun. Kyllä mä kokisin, että meillä on hyvä organisaatio.”

Hoitotason ryhmässä aiheesta puhuttiin selkeästi enemmän ja hieman kriittisempään sävyyn. On-gelmana ajateltiin mahdollisesti olevan ensihoidon sijoittuminen pelastusorganisaation kylkeen, jo-ka on johtanut henkilöstön jakautumiseen kahtia ns. siniseen ja punaiseen puoleen, ja sitä kautta ar-vostuksen ja ammattitaidon kunnioituksen vähenemiseen. Nimenomaan potilasturvallisuusjohtami-seen ei näissä ryhmissä oltu kaikilta osin tyytyväisiä. Haastateltavat eivät nähneet läpi koko organi-saatorakenteen ulottuvaa potilasturvallisuusajattelua, sen priorisointia ja aktiivista esille tuomista.

”Se (potilasturvallisuusajattelu) ei ainakaan näyttäydy organisaationa. Siis yksilöinä varmasti ihmiset ymmärtävät jotain, mutta organisaationa. Esimerkiksi siinä, että jokaisen terveydenhuollon organisaation pitäisi olla luonut poti-lasturvallisuussuunnitelman, jota ei ole vielä meillä jalkautettu.”

Ongelmana nähtiin myös suuren organisaation hitaus ja kankeus päätösten ja muutosten toteuttamisessa. Hoitotason haastateltavat toivoivat enemmän asioiden delegoimista johdon suunnalta alemmille tasoille sekä hoidollisten ja potilasturvallisuuteen liittyvien seikkojen pysymistä päätöksenteon keskipisteenä hyvää ja toimivaa organisaatiota kehitettäessä. Positiivistakin kuitenkin nähtiin ja organisaation koettiin toimivan perustehtävänsä mukaisesti hyvin.

”Mun mielestä tämä (organisaatio) on erittäin hyvä, kun se vain toimii hyvin ja ohjeistukset ja muut on kunnossa.”

Lääkintäesimiesten ryhmässä nähtiin potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta haastavana muun muassa taloudelliset kysymykset. Päätäviltä ja linjaavilta tahoilta toivottiin enemmän potilasturvallisuuteen tähtääviä toimia ja näkökulmia päätöksentekoon.

”Jos se potilasturvallisuus yritetään luoda siellä toimintatasolla tai potilaan kohtaamistasolla, niin ei se ikinä tule toteutumaan.”

Pelastajien ja perustason ryhmissä ei ensihoidon lääkintäesimiestoiminnasta puhuttu lainkaan. Hoitotason haastateltavat totesivat neljän eri työvuoron lääkintäesimiesten toimivan hyvin erilaisin tavoin toisten puuttuessa alaistensa toimintaan aktiivisesti ja toisten vain harvoin. Alueen pohjoisten asemien (Tuusula, Järvenpää, Nurmijärvi, Hyvinkää ja Mäntsälä) osalta lähiesimiestoimintaa pidettiin hoitotason ryhmässä puutteellisena ja ongelmallisena.

”Ainakin pohjoisella alueella, eihän meillä ole lähiesimiestä. Me ei nähdä koskaan eikä kuulla koskaan siitä muuta kuin joskus tulee sähköposti. Eli meillä joka vuorossa jokainen tyyppi katsoo sen homman, niin kuin parhaaksi näkee. Keikoilla on ohjeet, mutta kaikki muu tapahtuu miten mä nyt tänään viitin ja jaksan tehdä. Se on tosi iso haaste.”

Lääkintäesimiehet itse näkevät oman roolinsa olevan potilasturvallisuuden kannalta muusta operatiivisesta henkilöstöstä hieman poikkeava näkökulman ollessa laajempi. He kokevat tehtävänsä kuuluvan kentän ja organisaation pyörimisen perustehtävänsä mukaisesti ja ajattelunsa olevan enemmänkin laajemman väestön, kuin vain yksittäisen potilaan turvallisuuteen ja hyvinvointiin tähtäävää. Potilasturvallisuuden kannalta he kuitenkin näkevät ongelmalliseksi ristiriitaisen tehtävänsä. He kertoivat heille kuuluvan paljon toimistoaikaa vaativia tehtäviä, jolloin hoidolliseen, lääketieteelliseen ja turvallisuuteen tähtäävään puoleen liittyvät asiat jäävät monesti taka-alalle.

”Välillä tuntuu että konttorirootta lähtee kentälle ihmettelemään että mitä siellä tapahtuu, niin musta sekään ei ole turvallista toimintaa.”

Resurssit ja ohjeistaminen

Kaikissa muissa, paitsi hoitotason haastatteluryhmässä organisaation resurssit sekä välineistön hankinnat ja kunnossapito nousivat keskustelussa esiin tärkeänä potilasturvallisuuden vaikuttavana seikkana. Henkilöstöresurssien näkökulmasta pelastajat kokivat potilasturvallisuuden kannalta hyväksi sen, että saavat toimia sekä ensihoidossa että pelastuspuolella ensivasteyksikössä. Sekä pelastajien, että perustason haastateltavat mainitsivat hoitovälineiden ja ajoneuvojen kunnossapidon ja toimivuuden olevan heidän mielestään potilasturvallisuuden kannalta oleellista. Perustason haastateltava näki organisaation pitävän hyvää huolta välineistöstään.

”Jos jotain menee rikki, se korjataan.”

Lääkintäesimiehet vähentäisivät tiettyjen ensihoitoyksiköiden kuormittavuutta lisäämällä resursseja, eli yksiköitä alueelle. Olemassa olevien resurssien, kuten ensivasteyksiköiden käyttöä he muuttaisivat takaisin aikaisempaan, rutiininomaisempaan suuntaan. Tyytyväisiä oltiin välineistön hankintoihin ja niiden uusimiseen tarpeen tullen.

”Organisaatio mun mielestä antaa hyvät työkalut siihen kenttätööhön, millä sitten tehdään se turvallinen työskentely tuonne kentälle.”

Hoito-ohjeisiin otettiin kantaa perustason, hoitotason ja lääkintäesimiesten ryhmässä. Perustason haastateltavan mielestä organisaation käytössä olevat hoito-ohjeet ja protokollat ovat oleellinen osa potilasturvallisuuden luomista. Hän kuitenkin piti hieman erikoisena ja hankalana Peijaksen ja Hyvinkään alueiden toisistaan poikkeavia hoito-ohjeita ja käytäntöjä. Samaa mieltä oltiin hoitotason ryhmässä, jossa todettiin uusien toimintamallien, ohjeiden, lääkkeiden ja laitteiden integroimisen päivittäistoimintaan olevan ajoittain epäjärjestelmällistä. Myös lääkintäesimiesten ryhmässä haasteena nähtiin alueen hoito-ohjeiden sekavuus sekä vanhojen ja uusien ohjeiden päällekkäisyyden tuomat riskit. Hoito-ohjeiden ja uusien hoitovälineiden ohjeistamisen nähtiin olevan monesti puutteellista tai liian kiireellisesti järjestettyä.

”Merkittävä asia on se laitteiden hankinta ja niiden jälkeinen koulutus. Samoin kuin hoito-ohjeidenkin jalkauttamiseen liittyvä koulutus pitäisi olla jotenkin parempaa. Ja sitten niiden laitteiden käyttöohjeet ja tällaiset, pitäisi olla joku käyttöohjekirja mistä niitä voi käydä katsomassa.”

”Uusia hoito-ohjeita tulee vain sähköpostilla kun ne pitäisi kouluttaa. Siihen pitäisi keksiä joku ratkaisu, että onko ne niin kiireellisiä ne muutokset, että niitä ei voisi kouluttaa esimerkiksi hota-päivillä (hoitotason koulutuspäivä).”

Organisaation käytössä olevien hoito- ja toimintaohjeiden näyttöön perustuvuudesta keskusteltiin vain lääkintäesimiesten ryhmässä. He totesivat sellaisten ohjeiden ja käytäntöjen olevan näyttöön ja tutkimustietoon perustuvia, joista tutkimustietoa on saatavilla, ja niiden muuttuvan tieteen mennessä eteenpäin. Esimerkkinä tällaisesta mainittiin sydäninfarktipotilaan hoito-ohje. He näkevät kuitenkin tutkimustietoa puuttuvan monissa asioissa, kuten kaularangan tukemisessa, jolloin toimintatapoja muokkaavat hyväksi havaitut käytännöt.

Systeminen turvallisuus

Organisaation oikeudenmukaista ja syyttämättömyyden tapaa suhtautua henkilöstöön ja haittatapahtumiin pohdittiin jokaisessa haastatteluryhmässä. Pelastajat näkivät kulttuurin muuttuneen yksilöä syyllistävästä parempaan, systeemilähtöisempään suuntaan.

”Mun mielestä on oikeasti hävinnyt se semmoinen kulttuuri, mitä ehkä joskus aikoinaan on ollut palokunnissa, että haetaan heti ekana sitä syyllistä, eikä haeta sitä syytä, minkä takia näin on tapahtunut. Mun mielestä tämä on vaihtunut ihan päinvastoin.”

Perustason haastateltavalla ei omakohtaista kokemusta asiasta ollut, mutta arveli suhtautumisen olevan olosuhteisiin ja tapahtumaketjuun keskittyvää. Hoitotason haastateltavat eivät vielä nähneet niin suurta muutosta kulttuurissa, kuin pelastajien ryhmä. He toivoivat lisää avoimuutta, asioista puhumista suoraan ja syyttämättömyyden selkeää esille tuomista.

”Siis ei välttämättä syyllistetä (haittatapahtumasta), mutta ei ole sellaista täysin avointa kulttuuria, että uskallettaisi tuoda ne omat heikot puolet esiin. Semmoista sormella osoittamista ei ole, mutta ei myöskään sitä tietoisuutta siihen toiseen suuntaan.”

Lääkintäesimiehet pohtivat haittatapahtumiin suhtautumista myös oman esimiestoimintansa kannalta. He ajattelivat ensihoitajien kokevan haittatapahtuman läpikäymisen heidän kanssaan keskustelemalla luontevana tapana hoitaa asia. He myös näkivät oman suhtautumisensa haittatapahtumaan olevan mahdollisesti sallivampaa, kuin organisaation ylemmillä tasoilla heidän tuntiessa paremmin työn olosuhteet ja haasteet. Lääkintäesimiehet toivoivatkin johdon suunnalta enemmän tukea haittatapahtumassa osallisina olleille ja työyhteisön muuttumista sellaiseksi, missä omat virheensä voisi myöntää pelkäämättä.

Organisaation vastuu

Organisaation vastuu potilasturvallisuuden varmistamisessa nähtiin kaikissa haastatteluryhmissä erittäin suurena. Pelastajien mielestä organisaation vastuu tulee näkyviin siinä, miten henkilöstöä koulutetaan potilasturvallisuuteen ja miten tärkeänä sitä painotetaan yhtenä organisaation arvoista.

”Siitähän se kaikki lähtee ja sen takia se onkin suht hyvin onnistunut, koska sitä on nyt viime vuodet painotettu.”

Perustason haastateltava näki organisaation vastuulla olevan myös sen, että tapahtuneita haittatapahtumia käsitellään ja niiden juurisyyt selvitetään, jotta jatkossa vastaavalta voitaisiin välttyä. Myös hoitotason haastateltavat näkivät organisaation eettisen ja juridisen vastuun potilasturvallisuuden varmistamisessa suurena.

”Kyllä organisaation pitää näyttää mallia ja esimerkkiä, että ’me toimimme potilasturvallisesti’. Ja pitää tulla se tuki ja turva ikään kuin sieltä ylhäältä, ja näyttää että tämä on se painopistealue mihin keskitytään, tämä on se tärkeä asia.”

Lääkintäesimiesten mielestä viime käden vastuu potilasturvallisuudesta on nimenomaan organisaatiolla ja sen vaikuttavuus on merkittävämpi, kuin yksittäisen ensihoitajan. Esimerkkeinä organisaation vastuusta he mainitsivat sairaanhoitopiirin tekemien linjausten jalkauttamisen kenttätoimintaan ja organisaation eri linjojen toimimisen palvelutasopäätösten mukaisella tavalla.

6.2 Turvallisuusosaaminen

Potilasturvallisuusasioiden tiedostamista ja oppimista, organisaation ja henkilöstön motivoitumista sekä turvallisuusviestintää tarkastelemalla pyritään selvittämään, miten potilasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen suhtaudutaan.

Tiedostaminen

Pelastajien ja perustason haastateltavat hahmottivat potilasturvallisuus-termin käytännön kautta miettimällä, millaisia asioita he työssään tekevät potilasturvallisuuden varmistamiseksi ja millaiset tekijät sen voisivat vaarantaa, kuten ohjeiden noudattaminen, liikenneturvallisuus, turvallinen lääkehoito ja aseptiikka. Pelastajat kokivat sen olevan tehtävillä enemmänkin automaatio ja taka-alalla oleva asia, kuin aktiivisesti mielessä oleva.

”Hoitohenkilökunnan tapoja toimia sen eteen, että toiminta on turvallista sille potilaalle. Se on mun mielestä potilasturvallisuutta.”

”Toimintatapoja ja keinoja, millä me varmistetaan että me tehdään oikeat asiat ja oikein. Esimerkiksi lääkkeenannossa sanotaan ääneen paljonko lääkettä annetaan niin että varmistutaan siitä, että on varmasti menossa oikea annos.”

Samoin kuin pelastajien ryhmä, perustason haastateltava koki potilasturvallisuuden ja työn riskien liittyvän kaikkiin niihin toimintoihin, joita tapahtuu tehtävän alkamisen ja päättymisen välillä.

”Kaikki siitä kun keikka tulee siihen kun se päättyy ja kaikki siihen liittyvä siinä välissä on mun mielestä jonkinlaista potilasturvallisuutta.”

Perustason haastateltava kertoi potilasturvallisuuden olevan aktiivisesti mielessä tehtävillä ja ajatteli myös työhyvinvoinnin luovan potilasturvallisuutta. Myös hoitotason ryhmässä potilasturvallisuuden määritelmää käsiteltiin käytännön hoitotoimenpiteisiin ja hoitohenkilökunnan toimintaan liittyvänä tekijänä.

”Että potilaalla on vähemmän vammoja ja vahinkoja kuin kohdattaessa. Ettei me aiheuteta niitä enempää.”

Tämän lisäksi potilasturvallisuus hahmotettiin hoitohenkilökunnan asenteiden ja mielentilan, työn vaarojen ja ympäristön tiedostamisen sekä koulutuksen kautta. Riskeinä potilasturvallisuudelle näh-

tiin muun muassa isokokoisten potilaiden käsittely ja osa kuljettamatta jätettävistä potilaista. Osa haastateltavista kertoi potilasturvallisuuden olevan mielessä aktiivisesti jokaisella tehtävällä, puhuvansa siitä ääneen työparinsa kanssa ja arvioivansa jatkuvasti työn riskejä. Toisille hoitotason haastateltavista termi ”potilasturvallisuus” ja sen rajausta oli taas hyvin epäselvä, minkä johdosta sen käyttämisestä ja ajattelemisesta oli hieman välteltykin. Esimerkiksi potilasturvallisuuden sekoittuminen työturvallisuuden ja liikenneturvallisuuden kanssa tuntui haastavalta.

”En itse käytä tuota potilasturvallisuus-sanaa, se on vähän sellainen sanahirviö, kun en oikein ymmärrä, mitä se tarkoittaa.”

”Toki ajattelen, että nyt pitää ajaa autoa varovasti, nyt pitää kohdella potilasta varovasti ja kommunikoida. Pidän niitä kaikkia erillisinä asioina, ettei tehdä virheitä.”

Hoitotason ryhmässä nähtiin mahdollisena ongelmana se, ettei riskejä ja läheltä piti-tilanteita lainkaan tunnusteta ja tiedosteta potilasturvallisuuteen liittyvien asioiden ollessa niin vieraita.

”Eli se, että me ymmärrettäisiin mitä potilasturvallisuus tarkoittaa terminä. Mitä kaikkea se käsittää ja minkälaisia asioita siinä pitää huomioida. Se tuo haasteen siinä, että me ei tajuta niitä mitä meinas tapahtua.”

Lääkintäesimiehet pohtivat asiaa käytännön toimenpiteiden lisäksi laajemmin myös yhteiskunnan, sekä organisaatorakenteen ja siellä tapahtuvan toimintojen, kuten välineistön yhtenäisyyden, viranomaisyhteistyön ja ajattelukulttuurin kautta. He eivät välttämättä ajatelleet potilasturvallisuutta nimenomaan sillä termillä, vaan nivoutuneena yhteen työturvallisuuden ja potilaan edun mukaisen ajattelun kanssa. Käsitteen laajuus ja moniulotteisuus oli tullut lääkintäesimiehille tutuksi.

”Se on niin valtavan laaja käsite, loppujen lopuksi se on ihan kaikki.”

”Mä ajattelen sen niin, että se ei ole pelkästään sitä turvallista hoitoa hoitotilanteessa, vaan kaikkia niitä toimia siellä organisaatiossa, jotka tähtää siihen, että se potilaan hoito toteutuisi turvallisesti.”

Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen potilasturvallisuuden taso arvioitiin pelastajien ryhmässä hyväksi ja koettiin sen parantuneen viime vuosina koulutusten ja ohjeistusten myötä.

”Huomaa, että sen eteen on tehty töitä ja viety eteenpäin.”

”Mun mielestä se (organisaation potilasturvallisuuden taso) on hyvä. Koulutukset pyörii, meillä on toimivaa johtamista, tulee ohjeita ja muuta. Mun mielestä toimii hyvin.”

Perustason haastateltava ajatteli pelastajien lailla organisaation potilasturvallisuuden olevan hyvällä tasolla. Myös osa hoitotason haastateltavista näki potilasturvallisuuden tason kehittyneen koko ajan selkeästi parempaan suuntaan.

”Hoidollisella puolella potilasturvallisuus on keskimäärin hyvällä tasolla ja se on koko ajan parantumassa ja parantunut, kun on tullut ohjeistusta ja koulutuksia ja asioita nostetaan esille.”

Toiset hoitotason ryhmästä taas näkivät sen olevan vielä melko puutteellista. Tiedostamattoman turvallisuuskulttuurin ja mahdollisimman hyvään hoitoon pyrkimisen ajateltiin olevan hyvällä tasolla, mutta läpi koko organisaatorakenteen ulottuvan ajattelutavan ei nähty olevan yhtäläinen.

”(Potilasturvallisuuden taso on) vaihteleva. Surkeasta todella hyvään. Mutta se johtuu siitä, että ne on yksilötason asioita. Meillä ei ole selkeää ohjeistusta, selkeää koulutusta, meillä ei ole kulttuuria, vaan yksilötasolla toimitaan niin kuin toimitaan. Pyrkimys on varmasti kaikilla hyvä, mutta heittely on laajaa”

Esimerkkinä epäjohdonmukaisesta potilasturvallisuuskulttuurista nähtiin uusien työvälineiden puutteellinen koulutus, jolloin jokaisen työntekijän omalle vastuulle on jäänyt uuteen ohjeeseen, välineeseen tai lääkkeeseen perehtyminen.

”Että oikeasti koulutetaan henkilökuntaa siihen ajatusmaailmaan, että minkä takia niitä asioita tehdään. Ja että ne on oikeat ihmiset, jotka vie ja kouluttaa niitä asioita eteenpäin. Jos sä et ole itsekään nähnyt jotain työkalua tai miten se toimii, ja se tulee ensimmäistä kertaa eteen niin, että sun pitää alkaa kouluttaa sen käyttöä muille, niin eihän se nyt missään nimessä ole toimiva systeemi eikä se ainakaan vie tarpeeksi nopeasti eteenpäin sitä kulttuuria.”

Potilasturvallisuussuunnitelman, sekä potilasturvallisuuden perusteiden kouluttamisen puuttumisen nähtiin myös potilasturvallisuuskulttuuria heikentävinä asioina. Myös lääkintäesimiesten haastateltavat ajattelivat organisaation potilasturvallisuuden tason vaihtelevan laajasti erinomaisesta hieman heikompaan keskiarvon ollessa hyvästä kohtalaiseen.

”Näkisin, että se on ihan hyvällä tasolla.”

”Paljon olisi vielä parannettavaa, mutta paljon on myös hyvääkin.”

Pelastajien ryhmän haastateltavat kokivat olevansa omalta osaltaan vastuussa potilasturvallisuudesta ja vastaavansa tehdyistä virheistä. He kuitenkin kertoivat pitävänsä työparinansa olevaa hoitotason ensihoitajaa viime kädessä vastuullisena päätöksistä ja haittatapahtumista. Osa koki luopuneensa vastuusta ehkä hieman liikaakin. Perustason haastateltava taas koki olevansa potilaan hoidosta ja turvallisuudesta vastuussa aivan yhtä paljon kuin työparinsa, vaikka hänellä ei hoitotason velvoitteita olekaan.

”Koen, että mun tarvitsee tietää ja osata yhtä paljon, kuin sen ihmisen, jolla on se lääkkeellinen vastuu. En ole koskaan ajatellut, että kun ollaan siinä yksikössä, että me ollaan jotenkin eri asemassa.”

Hoitotason ryhmässä haluttiin antaa vastuuta hoidosta, toimenpiteistä ja potilasturvallisuudesta myös perustasolla toimiville työpareille. Heidän osuutensa sekä hoitotilanteissa, että etenkin haittatapahtumien huomioimisessa ja raportoinnissa koettiin erittäin tärkeäksi. Perustason työparien koettiin motivoituvan työhön, kun heille annetaan lisää vastuuta. Lääkintäesimiehet kokivat oman vastuunsa suureksi kenttätyöntekijöiden ohjeistamisen ja niiden noudattamisen valvomisen kautta.

”Kyllähän vuoron lähiesimiehenä on vastuussa siitä, että sääntöjä, ohjeita ja työskentelytapoja noudatetaan ja puutua niihin siinä määrin, kun tietää että niitä rikotaan.”

Oppiminen

Pelastajien ryhmässä nähtiin potilasturvallisuuden tähtäävän koulutuksen sekä osaamisen varmistamisen testauksilla tulleen organisaatiossa aikaisempaa säännöllisemmäksi ja tarkemmaksi, ja siihen oltiin tyytyväisiä. Myös heidän työvuoroissaan toimivat hoitotason ensihoitajat olivat heidän mielestään ottaneet potilasturvallisuusasioita aktiivisesti esille. Ambulanssiperehdytykseensä kaikki pelastajat eivät kuitenkaan olleet täysin tyytyväisiä.

”Se oli täysin omissa käsissä että mitä mulle siellä perehdytettiin. Mä kaivoin itse jonkun vanhan listan koneelta ja kävin sen läpi ja metsästin eri ihmisiä ja kyselin että mites tämä homma hoituu. Sieltä se pikkuhiljaa tuli sen oman etsimisen jälkeen siinä työn ohessa se perehtyminen. Voisi mennä tämä organisaatio siinä suhteessa parempaan, että se perehdytys tehtäisi tehokkaammaksi uudelle työntekijälle.”

Perustason haastateltava piti potilasturvallisuuden kannalta oleellisena asiana henkilöstön koulutustaustaa sekä säännöllisiä lisäkoulutuksia, joissa henkilökuntaa pidetään ajan tasalla. Hoitotason ryhmässä pidettiin tärkeänä, että asioita koulutettaisiin henkilöstölle nimenomaan potilasturvallisuuden näkökulmasta, ja että se olisi esillä jokaisen koulutuksen yhteydessä. Potilasturvallisuuden perusteiden lisäksi esimerkiksi raportoiduista haittatapahtumista ja niiden pohjalta tehdyistä muutoksista haastateltavat haluaisivat mielellään kuulla jatkossa enemmän, jotta motivaatio raportointiin säilyisi hyvänä. Uusien asioiden taustalle kaivattiin myös tietoa ja perusteluita.

”Kun annetaan näitä kaikkia työkaluja, listoja ja muuta mitä pitäisi noudattaa, niin siitä tulisi todella paljon mielekkäämpää kaikille työntekijöille, jos se perusteltaisi että miksi ne on käytössä. Eikä vaan sitä, että ’nyt tuli tällöinen, ottakaa käyttöön ja kouluttakaa te tämä muille’. Vaan että saataisi vähän taustatietoa siitä, että mihin tällä työkalulla pyritään.”

Hoitotason haastateltavat halusivat koulutuksen tähtäävän myös strukturoidumpiin ja organisoidumpiin toimintamalleihin muun muassa tiimityöskentelyssä ja kommunikaatiossa. He näkivät niiden treenaamisen olevan tärkeää simulaatio-olosuhteissa perustasoisten työpariensä kanssa. Lääkintäesimiesten ryhmässä pidettiin potilasturvallisuuden kannalta erittäin hyvänä organisaation tapaa pitää henkilöstölle säännöllisiä koulutuspäiviä, joissa kaikki ovat velvoitettuja käymään.

Jokaisessa haastatteluryhmässä HaiPro koettiin hyväksi työvälineeksi potilasturvallisuuden kehittämisessä. Pelastajien ryhmässä toivottiin HaiPro:lle enemmän markkinointia ja näkyvyyttä, jotta kynnys ilmoitusten tekemiseen madaltuisi. He myös kokivat saaneensa tietoa tapahtuneista vaaratilanteista, ja että myös muille sattuneista virheistä voidaan sitä kautta oppia. Hyvänä pidettiin myös organisaation tapaa puuttua esille tulleisiin epäkohtiin.

”Kun nykyään on nämä HaiPro:t ja muut niin mun mielestä meillä puututaan hyvin kaikkeen.”

Myös perustason haastateltava piti HaiPro:ta merkittävänä keinona tilastoida poikkeamia ja saattaa niitä organisaation tietoon. Hän kuitenkin koki sen olevan vielä liian vähäisellä käytöllä. Hoitotason ryhmässä oltiin muiden ryhmien kanssa samaa mieltä HaiPro:n potentiaalista. Ongelmana nähtiin kuitenkin se, ettei ilmoituksen käsittelijä saa tietää, mistä alueen ensihoito-organisaatiosta ilmoituksessa on kysymys. Tällöin on mahdotonta selvittää haittatapahtuman juurisyytä, joka voisi löytyä kyseisen organisaation rakenteista tai toimintatavoista.

”Jos ajatellaan, että sillä pyritään poistamaan nimenomaan toimintayksikön järjestelmän sisään rakentuneita virheitä, niin se on täysin mahdotonta jos ei tiedetä, onko se KUP:n vai HUS:n toiminnan sisällä oleva ongelma. Sitä on täysin mahdotonta lähteä korjaamaan.”

HaiPro-ilmoitukseen kaivattiin myös osiota, johon voisi raportoida onnistumisia ja hyväksi havaittuja käytäntöjä, eikä ainoastaan virheitä. Myös tässä ryhmässä HaiPro:ta arvioitiin käytettävän organisaatiossa liian harvoin. Lääkintäesimiehet olivat huomanneet HaiPro-ilmoitusten tuottavan tulosta, poikkeamien selvittelyä, niihin puuttumista ja koulutusten kohdentamista. He eivät kuitenkaan olleet varmoja, tapahtuuko HaiPro-ilmoituksen perusteella oppimista isommassa mittakaavassa koko organisaatiossa.

”Vaikuttaa siltä, että kun tulee HaiPro, se tuo esiin ongelman ja siihen jotenkin reagoidaan. Yleensä se vaikuttaa olevan sähköposti. Sitten se käsittely oli oikeastaan siinä.”

Laadunvalvonta nousi hoitotason ja lääkintäesimiesten ryhmässä puheenaiheeksi haastattelurungon ja teoreettisen viitekehyksen ulkopuolelta. Osa hoitotason haastateltavista pitäisi laadunhallintaa terveydenhuollossa yhtä tärkeänä, kuin missä tahansa kaupallisessa organisaatiossa, missä tuotteen laatua tarkkaillaan läpi koko organisaation. Tuotteen nimenä terveydenhuollossa vain olisi potilasturvallisuus. Ongelmana nähtiin se, etteivät työntekijät välttämättä itsekään tiedä, toimivatko he potilasturvallisella tavalla palautejärjestelmän puuttuessa.

”Mä näen myös ongelmana sen meidän ihan älyttömän ison autonomian, eli meidän saadaan toimia tuolla niin kuin huvittaa. Kukaan ei katso, kukaan ei puutu. Ja nimenomaan organisaation sisällä oleva kulttuuri pitäisi olla sellainen, että siihen puututaan, niitä valvotaan ja katsotaan että sovitut toimintamallit on käytössä.”

Myös lääkintäesimiehet totesivat laadunvalvonnan olevan hyvin vähäistä, eikä työntekijöille annettua uuden informaation perille menemisestä voida koskaan olla varmoja.

”Esimerkiksi Helsingissä kenttäjohtajat joka työvuorossa käy 20 ensihoitokertomusta läpi. Jos ne huomaa siellä jotain puutteita, ne puuttuu siihen, antaa hyvän palautteen hyvistä suoritteista ja hyvin täytetyistä kertomuksista. Se on sitä laadunvalvontaa, mistä työntekijät tietää, mitä ne tekee oikein ja mitä ne tekee väärin. Mitä korjataan, mikä on hyvin. Se puuttuu meiltä lähes täysin.”

Motivaatio

Motivaation, arvojen ja asenteen merkityksestä potilasturvallisuuteen puhuttiin pelastajien, hoitotason ja lääkintäesimiesten ryhmässä. Pelastajien ryhmässä mainittiin motivaation työhön ja potilasturvallisuuteen saattavan laskea yöaikaan, jolloin saatetaan tehdä riskiarvioita muun muassa kuljetuspäätöksissä. Myös aikaisemmin mainitun perehdytysongelman ajateltiin johtuvan huonosta motivaatiosta.

”Tuo perehdytyshomma on enemmänkin sellainen halukysymys. Luulen, että se on vähän sellaista vanhaa perua, että kun se on sinisellä puolella, niin se pelastaja tulee vähän niin kuin roikkumaan siihen viereen. Että se perehdyttään vähän hieman ehkä vasemmalla kädellä. Ja kyse ei ole siitä, ettei sitä osattaisi perehdyttää, vaan siihen pitäisi suhtautua samalla tavalla, kuin jos siihen tulisi joku uusi vaikka ensihoitaja.”

”Mä luulen, että se on ehkä vähän niin, että nykyään oletetaan, että me vaan vähän niin kuin hengailaan siinä mukana.”

Hoitotason ryhmässä pidettiin erittäin tärkeänä, että motivaatio potilasturvallisuuteen ulottuisi läpi koko organisaation. Silloin se otettaisiin huomioon kaikessa päätöksenteossa ja uutta toimintaa suunniteltaessa. Osa haastateltavista kertoi kokevansa, ettei organisaation johto ole tällä hetkellä

täysin motivoitunut potilasturvallisuusasioihin ja niiden kehittämiseen, koska sen tärkeyttä ei välttämättä ole täysin ymmärretty. Johdon toivottiinkin ottavan näkyvämmiin kantaa potilasturvallisuuden liittyviin asioihin. Myös työntekijätason motivaation puute nähtiin mahdollisena riskinä potilasturvallisuudelle. Esimerkkinä tästä esiin nostettiin välineiden tilaaminen ja huoltaminen sekä lääkehoito. Lääkintäesimiehet kokivat ensihoitohenkilöstön mahdollisesti huonon motivaation ja välinpitämättömyyden aiheutuvan kiireestä, väsymyksestä ja turhautumisesta tiettyihin tehtäviin. Työviihtyvyyden ja ammattiylpeyden ajateltiin myös vaikuttavan potilasturvallisuuteen.

”Semmoiset yksiköt, missä ihmiset on ammattiylpeitä, niin musta siellä vaikuttaa kaikki olevan paremmassa kunnossa ja se työ on paremmin organisoitua.”

Lääkintäesimiehet kokivat koko organisaation motivoituneen ja positiivisen asenteen olevan tärkeässä asemassa potilasturvallisuutta kehitettäessä.

”Vaikka me tehtäisi mitä, niin jos ei asennetta siihen kulttuurin luomiseen ole, niin se ei tule ikinä toteutumaan.”

Turvallisuusviestintä

Organisaation turvallisuusviestimisestä keskusteltiin kaikkien haastateltavien kanssa. Pelastajat kokivat saaneensa hyvää ja rakentavaa palautetta ylemmiltä tahoilta potilasturvallisuusasioihin liittyen. He ajattelivat haittatapahtumista tiedottamisen olevan tarpeellista ja toimivaa. Perustason haastateltava oli rekisteröinyt jonkin verran potilasturvallisuuteen liittyvää viestintää sähköposteilla ja henkilöstölehdessä. Hoitotason ryhmässä nähtiin kehittämistä työntekijöiden ja johdon välisessä kaksisuuntaisessa viestinnässä. He toivoivat organisaation hyödyntävän tehokkaammin ja järjestelmällisemmin kentän tasolta tulevia kehitysehdotuksia.

”Kun me kuitenkin tehdään sitä työtä, niin me nähdään niitä ongelmia. Se pitäisi olla aktiivinen, niin että siellä kerättäisi tietoa meiltä, että kuinka tätä hommaa kannattaisi kehittää.”

Kaiken kaikkiaan hoitotason haastateltavat eivät kokeneet organisaation johdon tällä hetkellä viestittävän potilasturvallisuusasioista riittävästi työntekijöiden suuntaan. Lääkintäesimiehet ajattelivat johdon kyllä viestivän myös potilasturvallisuudesta, mutta eri termejä käyttäen.

6.3 Käytännön ensihoitotyö

Tiimityöhön ja kommunikaatioon, sekä toimintatapoihin, liikenneturvallisuuteen ja toimintaympäristöön liittyvien haastatteluvastausten avulla pyritään saamaan käsitys ensihoidon erityispiirteiden ja käytäntöjen vaikutuksesta potilasturvallisuuteen ja sen kehittämiseen.

Tiimityö ja kommunikaatio

Pelastajien haastatteluryhmässä kommunikaation puute ensihoitotehtävillä nähtiin selkeänä riskinä potilasturvallisuudelle. He mainitsivat asioiden ääneen puhumisen ja kysymisen olevan tärkeää.

”Jos ei tiedä jotain, niin kysy ja sanoo sen ääneen. Ettei vaan mene tekemään jotain sen takia, että muistelee tai olettaa, että se asia on näin. Vaan sanoo suoraan, että nyt ei tiedä mitä tarkoittaa, tai ei tiedä mitä tehdä.”

Kiireellisiä potilaita hoidettaessa tiimityö ja henkilöstön keskinäinen kommunikaatio koettiin olevan tällä hetkellä toimivaa ja luontevaa. Pelastajat toivoivat kuitenkin saavansa enemmän informaatiota potilaasta, jonka hoidossa he tulevat ensivasteyksiköllä (pelastusyksikkö tms.) auttamaan ensihoitoyksikköä.

”Esimerkiksi kun ambulanssi on jo kohteessa ja me tullaan paloautolla sinne ensivasteena, niin sitten ollaan vähän että ’mitä tässä on edes tapahtunut’, mutta sitten ruvetaan jo hirveästi puuhaamaan siinä jotain ja laitetaan potilas ambulanssiin ja saadaan nopea kuljetus, mutta sitten on vaikea tehdä itse mitään huomioita siitä potilaasta jos ei tiedä, mikä siinä on homman nimi.”

Myös perustason haastateltava kertoi haluavansa, että asioista keskustellaan ääneen ja suoraan, jotta kaikki paikalla olijat ovat ”kaikki samalla kartalla”. Kommunikaation vähäisyyden hän oli toisinaan kokenut haastavaksi ja koki sen aiheuttavan herkästi väärinymmärryksiä. Hoitotason ryhmässä kommunikaatiosta ja sen tärkeydestä puhuttiin erittäin paljon. Sekä työparien välinen, että henkilöstön ja potilaan välinen kommunikaation puute nähtiin potilasturvallisuusriskinä. Esimerkiksi mitattujen arvojen ja konsultaativastausten toistaminen ääneen oli koettu hyväksi tavaksi, samoin kuin etukäteissuunnittelu ja tehtävien jakaminen selkeästi työparin kesken. Tähän kaivattiin kuitenkin vielä strukturoidumpaa käytäntöä, jolloin tiettyjen korkeariskisten tilanteiden tehtävänjako käytäisiin työparin kanssa läpi esimerkiksi jokaisen työvuoron alussa. Muutenkin tiimityöskentelyyn ja kommunikaatiotekniikoihin kaivattiin enemmän järjestelmällisyyttä ja mahdollisuuksia harjoitella näitä, vaikka pääsääntöisesti sen kuitenkin nähtiin tällä hetkellä toimivan melko hyvin.

”Kyllähän meidän pitäisi saada semmoinen yhteinen toimintamalli miten kaikki tekee. Joskus tulee niitä, että ’mitä sä alat käymään tätä työnjakoa’ vaikka se on hyvä juttu, tai kaikki ei halua pitää ’time outeja’. Kyllähän sellainen yhteinen toimintamalli... sitä ei pidettäisi outona jos joku pitää ’time outin’ tai toistelee niitä juttuja.”

Kommunikaation ajateltiin kuitenkin kärsivän inflaation, jos kaikki mahdolliset asiat aletaan puhua ääneen.

”Totta kai se täytyy aina asettaa siihen tilanteeseen, että mitä me kommunikoidaan. Ja katsoa, että mitkä on sillä hetkellä ne tärkeät ja kriittiset asiat, mitkä täytyy oikeasti sanoa ääneen.”

Niin sanottu hiljainen kommunikaatio tutun työparin kesken nähtiin myös mahdollisena riskinä potilasturvallisuudelle. Tällöin henkilöstön ajateltiin oletettavan työparinsa tietävän ja ymmärtävän asiat, joita on tehty tai tulee tehdä. Tilanteen ollessa jollain tavalla poikkeava esimerkiksi jonkin inhimillisen tekijän, kuten kiireen tai väsymyksen takia, väärinymmärryksiä nähtiin syntyvän helposti. Henkilöstön vaihtaessa työparia tai asemapaikkaa ongelman ajateltiin korostuvan entisestään ja puutteellisen ulosannin muodostuvan ongelmaksi. Myös potilaan kanssa kommunikointi, asioiden kertominen ääneen ja molemminpuolisen yhteisymmärryksen varmistaminen koettiin hoitotason ryhmässä tärkeäksi. Potilaan haluttiin tietävän, mitä hänelle tehdään tai jätetään tekemättä ja miksi. Kaiken kaikkiaan kommunikaation ajateltiin olevan yksi tärkeimmistä asioista potilasturvallisuutta kehitettäessä.

”Ihan kiteytettynä mä näen tämän potilasturvallisuusteeman ihan tärkeimpinä kulmakivinä nimenomaan tämän kommunikaatioajatuksen kehittämisen edelleen eteenpäin ja sen jalkauttamisen kaikille. Ja se, että tässä saataisi sellainen pysyvä, laajempi kulttuurin muutos niin, että kaikki ymmärtää sen taustan, ja että sitä asiaa tuodaan sillä tavalla, että ne toimintatavat on siinä kulttuurissa sisällä.”

Lääkintäesimiesten mielestä tämän hetkisen tiimityön ja kommunikaation taso on vaihtelevaa, mutta pääsääntöisesti hyvää. Kommunikointiin hekin kuitenkin kaipaivat lisää koulutusta koko henkilöstölle. Lääkintäesimiehet kokivat voivansa vaikuttaa alaistensa tiimityöskentelyn toimivuuteen työvuorosuunnittelulla. Eräänä tiimityön ongelmana mainittiin joissakin työvuoroissa vallitseva tapana olla pyytämättä lisäapua esimerkiksi potilaan siirrossa, jos näin on pelastuspuolelta kielletty tekemästä.

”Joissain vuoroissa se on ihan ehdoton ei ja ne tietää sen. Sitten siellä kannetaan kierreportaissa isoa potilasta kahdestaan tuolissa, kun jossain toisessa vuorossa sitä on kantamassa 3-4 tyyppeä.”

Turvallisten toimintatapojen merkitystä potilasturvallisuudelle käsiteltiin muissa, paitsi perustason haastatteluissa. Pelastajien ryhmässä mainittiin ongelmakohtana ensihoitokertomuksen kirjaamisen hankaluus sen ollessa pääasiassa hoitotason ensihoitajan tehtävä. Työparina toimiva ensihoitaja on kuitenkin saattanut tarkistaa tekstin ennen potilaan luovuttamista hoitopaikkaan, jotta kaikki tarvittavat asiat varmasti tulevat kirjattua ja raportoitua eteenpäin hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Pelastajat olivat kokeneet hankalaksi myös radioliikenteen pelastusjohtoisilla tehtävillä, joihin osallistuu useita yksiköitä. Heidän mielestään nykyisiä ohjeita radioliikenteestä ei aina noudateta, jolloin lisätietojen saaminen tehtävästä on jäänyt vaillinaiseksi.

Myös hoitotason haastateltavat mielsivät toimintatavat ja käytännöt oleelliseksi osaksi potilasturvallisuutta. Hyvinä toimintatapoina pidettiin esimerkiksi oikean lääkeaineen ja annoksen varmistamista työparilta ja yksikön hoitovälineiden systemaattista tarkistamista. Näissäkin nähtiin kuitenkin ongelmia, jos työpari ei ajon aikana pysty tarkistamaan lääkeampullia tai jos välineitä ei haluta käydä läpi tarkistuslistan avulla. Alueen yksiköiden mainittiin myös olevan epäyhtenäisiä tavaroiden sijoittelun suhteen, jolloin vieraassa yksikössä toimiminen on haastavaa ja riski potilasturvallisuudelle.

”Jokainen auto on sisustettu eri lailla. Reput on eri paikoissa, kaapeissa eri tavarat. Ja jossain on erilaisia tapoja toimia, että mitä tavaroita viedään potilaan luokse. Erot käytännöissä on tosi isot, vaikka meillä on ne ohjeet, kuinka pitää toimia.”

Yhtenä käytännön riskinä mainittiin myös mittausarvojen lähettäminen monitori-defirillaattorista sähköiseen kirjausjärjestelmään niitä katsomatta ja sanomatta ääneen, jolloin henkilöstöltä saattaa jäädä mittauslukemat tarkistamatta ja hoito sen vuoksi viivästyä. Kehitysehdotuksena tähän mainittiin tietokoneen ruudulle ilmestyvä ruutu arvojen, esimerkiksi verenpaineen ylittäessä tai alittaessa tietyt raja-arvot. Käyttöön otetuista toimintamalleista lipsumista pidettiin haasteena potilasturvallisuudelle.

”Ajan myötä meidän toimintamallit muokkautuu pikkuhiljaa kun ihminen on yleensä laiska luonnostaan. Koko ajan oikaistaan parista mutkasta ja se tuntuu helpommalta, eikä ole koskaan aikaisemminkaan tapahtunut mitään. Ja hetken päästä huomataan, että kun on ajateltu että oikaistaan vain A:sta B:hen, niin kolmen vuoden päästä me ollaan jo A:sta K:hon menossa.”

Riskinä nähtiin myös pelkän muistin varassa toteutettavat hoito-ohjeet ja toimintamallit.

”Me hirveän vähän tehdään sitä, että meillä olisi tsekkilista, joka otetaan esiin ja käydään läpi tiedostetusti jossain tietyssä tilanteessa. Yleensä se tulee, miten sen muistaa sen asian ja protokollan, niin silleen sitä toteutetaan.”

”Mutta se sotii monen itsemääräämisoikeuden suhteen vastaan, että ’ei me tommoisia, kyllähän mä nyt osaan nämä hommat’.”

Tähän kaivattiin asenteen ja kulttuurin muutosta ja yhteistä toimintamallia käydä asiat systemaattisesti läpi tietyssä tilanteessa tietyn protokollan mukaan. Lääkintäesimiesten ryhmässä keskustelun aiheeksi nousi muiden turvallisten toimintatapojen lisäksi aseptiikka, kuten suojahanskojen käyttö, työvaatteiden puhtaus ja ensihoitoyksiköiden puhdistaminen.

”Olisi mielenkiintoista nähdä, jos otettaisi pöpöviljely jostain kiireisimmistä autoista.”

Ensihoidon toimintaympäristön merkityksestä potilasturvallisuuteen puhuttiin pelastajien ja hoitotason ryhmässä. Pelastajien ryhmässä mainittiin muun muassa aluetuntemuksen vaikuttavan potilasturvallisuuteen. He kertoivat olleensa ns. heitossa yksikössä ja alueella, joka ei ollut kummallekaan työparista ennestään tuttu, jolloin kohteeseen ja sieltä sairaalaan löytämisen vaikeus oli muodostanut potentiaalisen vaaratilanteen. Hoitotason ryhmässä mainittiin ensihoidon jatkuvasti vaihtuvan toimintaympäristön olevan heidän mielestään selkeä potilasturvallisuusriski.

”Yksi kymmenestä potilaasta kokee hättätapahtuman sairaalassa ollessaan ja mä en millään muotoa näe, että kun meidän toimintaympäristö on vielä haasteellisempi kuin sairaaloiden, että meillä niitä olisi vähemmän.”

Liikenneturvallisuuden liittymisestä ensihoidon potilasturvallisuuteen puhuttiin perustason ja hoitotason haastatteluissa. Perustason haastateltava näki riskinä kuljetuksen aikaiset odottamattomat tilanteet, kuten äkkijarrutukset, jotka saattavat aiheuttaa haittaa potilaalle etenkin, jos hoitovälineet ovat huolimattomasti kiinnitetty paikoilleen. Hoitotason ryhmässä liikenneturvallisuus herätti melko paljon keskustelua. Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että liikenneturvallisuus aiheuttaa suurimman osan vaaratilanteista ensihoidossa ja on oleellinen osa potilasturvallisuutta. Toiset taas näkivät sen olevan aivan oma turvallisuuden osa-alueensa, joka liittyy vain välillisesti potilasturvallisuuteen. Joka tapauksessa haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että liikenneturvallisuuteen ja etenkin potilaiden turvavyön käyttöön tulisi kiinnittää nykyistä huomattavasti enemmän huomiota.

”Silloin kun ei ole hälytysajoa, niin siellä on paljon sellaista liikennekäyttäytymistä, että rikotaan liikennesääntöjä ja se ajaminen on jo sinänsä epämiellyttävää. Mutta sitten on vielä hälytysajo erikseen, niin kohteeseen kuin kuljetuksen aikana, niin ihan älyttömiä riskejä otetaan. Eihän se niin voi olla, että me aiheutetaan – turvallisuusorganisaatio – myös muille ihmisille suurta vaaraa.”

7 POHDINTA

Pohdinnassa kokoaan yhteen tutkimuksen keskeisimmät tulokset ja johtopäätökset, joita tarkastelen suhteessa tutkimuskysymyksiin ja teoreettiseen viitekehykseen. Kehittämiskohteista käyn pohdinnassa läpi oleelliset ja eniten keskustelua herättäneet, ja näiden ohella kaikki kehitysehdotukset luetteloin liitteeseen 6, johon jaottelen ne organisaation/johdon ja ensihoitohenkilöstön näkökulmiksi. Lisäksi pohdin tutkimuseettisiä kysymyksiä sekä tarkastelen tutkimusta ja sen etenemistä kriittisestä näkökulmasta.

Lyhyenä yhteenvedona tutkimustuloksista voin päätellä, ettei Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen potilasturvallisuuskulttuurin nähdä vielä aivan kaikilta osin vastaavan teoreettisessa viitekehyksessä ja aiemmissa tutkimuksissa esitettyjä hyvän potilasturvallisuuskulttuurin malleja. Monia asioita organisaatiossa ja sen johdossa kuitenkin tehdään erittäin hyvin ja hoidon turvallinen toteuttaminen pyritään varmistamaan eri tavoin.

7.1 Tutkimusmetodi ja eettiset näkökulmat

Deduktiivinen lähestymistapa antoi hyvän lähtökohdan tulosten analysointiin ja auttoi poimimaan materiaalista oleellisia asioita. Potilasturvallisuuskulttuuri tutkimusaiheena ja sen myötä teoreettinen viitekehys on hyvin laaja ja moniulotteinen, eikä aivan kaikkiin aihealueisiin päästy haastattelussa paneutumaan. Rajaamalla tutkimuksen vain joihinkin osa-alueisiin olisi näistä voitu saada vielä tarkempaa informaatiota. Aiheen laajuudesta huolimatta potilasturvallisuuskulttuuri hahmottui selkeäksi kokonaisuudeksi aikaisempaa tutkimustietoa kootessani. Tutkimuskysymyksiin sain materiaalin pohjalta vastaukset, eikä kysymyksiä tarvinnut tutkimuksen edetessä muuttaa tai tarkentaa.

Ryhmähaastatteluissa syntyi hyviä keskusteluita, missä jonkun haastateltavan sanomat asiat herättivät uusia ajatuksia ja mielipiteitä muissa, jolloin haastateltavat saivat myös oppia toisiltaan. Hoitotason seitsemän hengen haastatteluryhmä kuitenkin osoittautui hieman liian suureksi ja haastattelu venyi sen vuoksi melko pitkäksi. Lisää ulottuvuutta tutkimukseen olisin luultavasti saanut

tekemällä lisäksi lyhyen kyselylomakkeen, jolloin olisin voinut arvioida kysytyjä asioita myös numeraalisesti ja kenties tarkemmin. Ottamalla haastateltavaksi myös organisaation ensihoitolinjan johdon edustajia tai ryhmän potilaita olisin voinut saada tutkimukseen vielä erilaisia näkökulmia ja kehittämiskohteita. Tutkimus olisi kuitenkin saattanut laajentua liikaa, joten päädyin tarkastelemaan ainoastaan operatiivisen ensihoitohenkilöstön näkemyksiä. Haastatteluihin voitiin ottaa mukaan vain pieni osa Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstöstä. Sen lisäksi haastateltavien vapaaehtoisuus saattaa vaikuttaa tutkimustulosten yleistettävyyteen heidän ollessa mahdollisesti kiinnostuneempia aihepiiristä ja sen kehittämisestä, kuin valtaosa henkilöstöstä.

Riski ennakkokäsityksiin tai haastatteluvastauksiin vaikuttamiseen oli olemassa ja tiedostettu työskennellessäni itse tutkimuksen kohteena olevassa organisaatiossa. Nämä pyrin minimoimaan käyttämällä valmista haastattelurunkoa ja kieltäytymällä kertomasta omia mielipiteitäni haastatteluiden aikana. Myös tulosten analysointiin ja niiden esille tuomiseen oma roolini organisaation jäsenenä saattaa vaikuttaa; halutessani kehittää ja viedä potilasturvallisuuskulttuuria eteenpäin voivat jotkin haastatteluvastaukset kehittämiskohteineen nousta herkemmin tutkimustuloksissa käsiteltäviksi positiivisten asioiden jäädessä näiden jalkoihin. Haastatteluissa saamieni vastausten on myös hyvä tiedostaa olevan mielipideasioita ja riippuvaisia muun muassa vastaajan taustasta ja ajattelumalleista. Yleinen pelastusalalla vallitseva kulttuuri ja pelastuslaitoksen organisaatorakenne saattavat myös tuoda vaikutteita mielipiteisiin potilasturvallisuudesta ensihoidossa.

Tutkimustulokset eivät suoraan ole yleistettävissä muihin vastaaviin organisaatioihin, sillä kulttuuri on jokaisessa organisaatiossa omanlaisensa ja monien eri tekijöiden summa. Kehittämiskohteita ja keinoja voidaan toki muissakin terveydenhuollon organisaatioissa hyödyntää joko sellaisenaan tai soveltaen. Tutkimuksen toistettavuus pyrittiin turvaamaan käyttämällä samoja haastattelukysymyksiä jokaisen ryhmän kohdalla. Hyvää potilasturvallisuuskulttuuria käsittelevä teoriatausta asettaa organisaation toiminnalle korkean standardin. Vertaamalla tätä haastatteluiden perusteella saatuihin tuloksiin voidaan päätellä, millä tasolla Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen potilasturvallisuuskulttuuri tällä hetkellä on, ja mitä osa-alueita tulisi kehittää eteenpäin.

7.2 Ensihoitohenkilöstön näkemykset potilasturvallisuuskulttuurista Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella

VTT:n tutkijoiden mukaan potilasturvallisuuskulttuurilla tarkoitetaan organisaatiossa vallitsevaa kykyä ja tahtoa ymmärtää turvallisen toiminnan periaatteet ja toimia näiden mukaisesti. Teoreettisessa viitekehyksessä käyttämässäni kuvassa turvallisuuskulttuurin ulottuvuuksista organisaation turvallisuuteen tähtäävät toiminnot on jaoteltu pienempiin osiin. (Pietikäinen ym. 2008, s.25 ja 42) Jokaista osa-aluetta, kuten ulkopuolisten toimijoiden tai muutosten hallintaa ei tämän tutkimuksen puitteissa voida arvioida. Ensihoitolinjan johdon puuttuessa tutkimuksesta kaikenkattavaa päätelmää koko organisaatiossa vallitsevasta potilasturvallisuuskulttuurista ei voida tämän tutkimuksen perusteella tehdä, vaan tulkinta perustuu operatiivisesta henkilöstöstä saadun otannan näkemyksiin. Sain kuitenkin muodostettua kuvan Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstön näkemyksistä organisaation potilasturvallisuuskulttuurista, joka oli ensimmäinen tutkimuskysymyksistä.

Organisaatioon ja johtamiseen liittyvistä osa-alueista haastateltavat olivat tyytyväisiä muun muassa resurssien hallintaan, kuten välineistön hankintaan ja huoltamiseen, sekä hoito- ja toimintaohjeiden luomiseen ja päivittämiseen. Tämä koettiin tärkeäksi ja konkreettiseksi keinoksi varustaa henkilöstö toimimaan työssään turvallisesti. Organisaation koettiin antavan hyvät puitteet ja mahdollisuudet tehdä perustyötä kentällä mahdollisimman hyvin. Haastateltavat myös kokivat organisaation puuttuvan esille tullessiin epäkohtiin aiempaa useammin ja kantavan näin vastuuta potilasturvallisuudesta. Osa haastateltavista näki selkeän muutoksen organisaation tavassa suhtautua haittatapahtuman tehneeseen henkilöön ja koki asenteen muuttuneen yksilölähtöisestä systeemiajattelun suuntaan. Avoin ilmapiiri, jossa työntekijöitä kannustetaan tuomaan työhön liittyviä huolenaiheitaan esiin, on eräs hyvän turvallisuuskulttuurin näkyvä piirre. Tähän liittyy myös keskeisesti yksilöä syylistämättömien haittatapahtumien selvittäminen. (Kaufman & McKaughan 2013, s.54)

Turvallisuusosaamisen osa-alueilla haastatteluryhmien väliset tulokset poikkesivat toisistaan kaikin eniten. Potilasturvallisuus hahmotettiin eri ammattiryhmissä hieman eri tavoin; pelastajille ja perustasolle se avautui käytännön asioiden ja toiminnan kautta, kun taas hoitotason ja lääkintäesimiesten haastateltavat pohtivat asiaa laajemmalla näkökulmalla myös organisaation ja sairaanhoidopiirin tasolla. Kaikkein positiivisimmin organisaation potilasturvallisuuden tasoon ja sen kehit-

tymiseen suhtauduttiin pelastajien ryhmässä. He vaikuttivat olevan hyvin tyytyväisiä organisaatiossa tapahtuneisiin muutoksiin potilasturvallisuuden saralla, kuten HaiPro:n käyttöönottoon. Pelastajat kokivat, että potilasturvallisuutta on viime vuosina korostettu koulutuksissa ja toiminnassa muutenkin. Myös perustason haastateltavalla kokemus organisaation potilasturvallisuuden tasosta oli hyvä.

Toista ääripäätä edustivat osittain hoitotason ja lääkintäesimiesten haastatteluryhmät. Joillekin hoitotason haastateltavista termi ”potilasturvallisuus” oli erittäin vaikeasti hahmotettavissa, rajattavissa ja ymmärrettävissä. Tästä voidaan päätellä perustason ja hoitotason koulutuksissa painotettavan mahdollisesti erilaisia asioita, joista esimerkiksi potilasturvallisuuden perusteet eivät ole hoitotason ensihoitajille vielä koulutettu. Osalle hoitotason haastateltavista, sekä lääkintäesimiehille potilasturvallisuus taas oli selkeästi ennestään tuttu aihe, josta he tiesivät paljon. Jotkut heistä suhtautuivat melko kriittisesti organisaation suhtautumiseen ja panostamiseen potilasturvallisuuteen liittyvissä asioissa, ja haluaisivatkin organisaation johdon ottavan enemmän ja näkyvämmiin vastuuta potilasturvallisuuden kehittämisessä ja sen pitämisenä yhtenä organisaation arvoista. Esimerkkeiksi tästä nousivat potilasturvallisuussuunnitelman puuttuminen ja turvallisuusviestintä johdon suunnalta työntekijöille. Tämän kaltaisia mielipiteitä oli useammalla vastaajalla. Myös muissa potilasturvallisuuskulttuuritutkimuksissa on saatu vastaavanlaisia tuloksia. Vainionperä toteaa Pro gradussaan päivystyspoliklinikoiden potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen tarvittavan organisaation johdon ja lähiesimiesten näkyvämpää otetta potilasturvallisuuteen liittyvien tehtävien käsittelyssä ja potilasturvallisuuden esille tuomista kaikissa toiminnoissa yhtenä pääprioriteettina (Vainionperä 2012, s.52). Haastateltavien kriittisyys saattaa toki johtua omalta osaltaan myös tietämättömyydestä; henkilöstöllä ei välttämättä ole tarkkaa tietoa ensihoitolinjan johdossa toimivien tehtävänkuvasta, ja he saattavat kokea, ettei johto myöskään välttämättä täysin näe heidän päivittäistä toimintaansa. Ylemmän johdon toiminnan vierauden on muissakin tutkimuksissa arvioitu mahdollisesti vaikuttavan toiminnan tarkkailemisen objektiivisuuteen (Turunen 2012, s.53).

Jokaisen haastatteluissa olleen ammattiryhmän edustajat olivat nähneet potilasturvallisten toimintatapojen merkityksen käytännön ensihoitotyössä. Monien niistä, kuten annettavien lääkkeiden varmistamisen ja mitattujen arvojen toistamisen he kokivat liittyvän kommunikointitaitoihin. Sen tärkeydestä ja vaikuttavuudesta potilasturvallisuuteen oltiin kaikissa haastatteluissa samaa mieltä.

7.3 Johtopäätökset ja kehittämiskohteet

Koska käsitykset potilasturvallisuudesta ja organisaation potilasturvallisuuden tasosta vaihtelivat laajasti eri yksilöiden ja ammattiryhmien välillä, voidaan päätellä, ettei Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoidossa ole tällä hetkellä täysin yhtenäistä käsitystä tai tiedostettua ja järjestelmällistä toimintamallia potilasturvallisuudesta ja turvallisuustekniikasta. Yhdeksi hyvän turvallisuuskulttuurin ominaispiirteeksi on mainittu koko organisaation yhteinen käsitys turvallisuudesta ja sen tärkeydestä (Kaufman & McCaughan 2013, s. 53), joka ei tässä tutkimuksessa tullut näkyviin. Vaikka potilasturvallisuus käsitteenä ei vielä olisikaan kaiken toiminnan lähtökohta, turvallisen hoidon edistämiseksi tehdään Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella paljon hyviä ja toimivia asioita. Järjestelmällistä ja selkeää potilasturvallisuuteen tähtäämistä kuitenkin tarvitaan ja potilasturvallisuus tulee nostaa yhdeksi organisaation pääprioriteeteista. Tämän hetkisen potilasturvallisuuskulttuurin voin tulkita olevan hajanainen ja osittain tiedostamaton. Teoreettisen viitekehyksen ja aikaisemman tutkimustiedon antamaan malliin hyvästä potilasturvallisuuskulttuurista tulee kuitenkin pyrkiä eri keinoin, jotta mahdollisimman hyvä potilasturvallisuuden taso voidaan saavuttaa.

Haastatteluissa saaduista kehittämis ehdotuksista oleellisin on potilasturvallisuuden priorisoiminen ja esille tuominen johdon suunnalta läpi koko organisaatorakenteen. Organisaation johdossa toimivien henkilöiden on todettu olevan ainoita, joilla on mahdollisuus luoda sellainen kulttuuri ja henkilöstön sitoutuminen, jota tarvitaan haattatapahtumien vähentämiseen pysyvästi (El-Jardali ym. 2011, s. 9). Potilasturvallisuuskulttuurin rakentamiseen tarvitaan koko henkilöstön panosta, mutta organisaation johto on selkeästi avainasemassa sitoutuessaan näkyvästi turvallisuusosaamiseen ja toimimalla roolimallina sen tärkeyden korostamisessa (Feng ym. 2011, s. 249). Eräs näkyvä keino potilasturvallisuuskulttuurin kehittämiseen Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella olisi koko ensihoito henkilöstön kouluttaminen potilasturvallisuuden perusteisiin ja turvallisuustekniikkaan. Tämä antaisi hyvän pohjan ja motivaation haattatapahtumien, läheltä piti-tapahtumien ja mahdollisten riskien havaitsemiseen ja raportointiin. Ilman oikeudenmukaista ja systeemilähtöistä ajattelua haattatapahtumien raportointia ei kuitenkaan tapahdu, joten sen korostaminen on eräs tehokkaimmista keinoista potilasturvallisuuskulttuurin luomisessa (Kaufman & McCaughan 2013, s. 54).

Toinen keskeinen asia, johon haastateltavat toivoivat muutosta, on yhteistyön ja tiedonkulun lisääminen organisaation johdon ja henkilöstön välillä. Myös ohjeistusta, asioihin puuttumista ja konk-

reettista laadunvalvontaa toivottaisiin nykyistä enemmän. Rajat ja niiden puitteissa toimiminen tuovat turvallisuutta sekä hoitohenkilökunnalle, että potilaalle. Uusia toimintamalleja, välineitä ja lääkkeitä otettaessa käyttöön niiden taustalle toivottiin perusteluita ja nykyistä selkeämpää koulutusta, jotta työntekijät motivoituisivat paremmin uusiin asioihin ja saisivat oppia ne hyvin ennen käyttöönottoa tai kouluttamista muulle henkilökunnalle. Haastateltavat myös toivoisivat organisaation johdon hyödyntävän heitä aktiivisemmin toimintaa kehitettäessä ja delegoimaan asioita osaaville alaisilleen. Esimerkiksi HaiPro:n kautta ilmenneiden ongelmien ratkaisemisessa henkilöstöllä voisi olla hyviä ja toimivia ideoita. Myös positiivisille suorituksille ja hyväksi havaituille toimintatavoille ja ideoille tarkoitettu palautekanava voisi motivoida henkilöstöä potilasturvallisuuden kehittämisessä.

Kommunikaatio potilaita hoidettaessa nousi myös selkeästi tärkeäksi kehittämiskohteeksi haastatte- luissa. Vaikka kommunikointi työparien tai tiimin kesken pääsääntöisesti koetaankin sujuvan hyvin, strukturoituja tekniikoita ja niiden harjoittelemista simulaatio-olosuhteissa kaivattiin kuitenkin lisää. Näiden taustalle tarvittaisiin myös koulutusta inhimillisten tekijöiden vaikutuksesta potilasturvalli- suuteen, jotta ymmärrettäisiin, minkä takia sovitusta toimintamalleista ja kommunikaatiotekniikois- ta tulee pitää kiinni. Selkeiden ja etukäteen sovittujen kommunikaatiotekniikoiden onkin todettu olevan tärkeä turvallisuuskulttuurin osa-alue (Sammer ym. 2010, s. 162).

Kehittämiskohteita ja konkreettisia kehitysehdotuksia sain haastateltavilta paljon, mistä voin olettaa Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen henkilöstössä olevan koulutustaustaan katsomatta potilastur- vallisuuteen ja sen parantamiseen erinomaisesti motivoituneita ensihoidon ammattilaisia. Näitä liit- teeseen 6 luetteloituja kehitysehdotuksia hyödyntämällä pelastuslaitoksen potilasturvallisuuskult- tuuria saadaan kehitettyä ja vietyä tehokkaasti oikeaan suuntaan.

Ensihoidon potilasturvallisuudesta on vasta vähän tutkimustietoa saatavilla (Bigham ym. 2012, s. 3- 8), joten jatkotutkimusaiheita on varmasti paljon. Vastaavia, tai kvalitatiivisella metodilla tehtyjä potilasturvallisuuskulttuurin kartoituksia ja niiden seurantatutkimuksia tarvitaan ensihoito- organisaatioissa ympäri Suomen. Potilasturvallisuuskulttuurin osa-alueita voisi myös tutkia tar- kemmin ja yksityiskohtaisemmin. Esimerkiksi HaiPro-ilmoitusten sisältöä ja niiden pohjalta tehtyjä muutoksia, tai laadunvalvonnan tai kommunikaatiotyökalujen käytön vaikutusta potilasturvallisuus- teen olisi mielenkiintoista tutkia. Myös koulutuksen vaikutusta esimerkiksi vaaratilanteiden tunnis- tamiseen voisi tarkkailla ennen ja jälkeen -tutkimuksella.

LÄHDELUETTELO

aAaltola, Juhani; Valli, Raine. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1 – metodin valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle*. PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2001.

AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality). 2014, Internetsitaatti: *Introduction: User's Guide: Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Lokakuu 2014. Saatavilla: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult1.html> Haettu 23.3.2015

Arcada. 2014, *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*. Saatavilla: http://start.arcada.fi/sites/default/files/dokument/ovriga%20dokument/god_vetenskaplig_praxis_i_studier_vid_arcada_2014.pdf Haettu 31.3.2015.

Bigham, Blair L; Buick, Jason E; Brooks, Steven C; Morrison, Meredith; Shojania, Kaveh G; Morrison, Laurie J. 2012, Patient Safety in Emergency Medical Services: A Systematic Review of the Literature. *Prehospital Emergency Care*; 16: 1-20.

El-Jardali, Fadi; Dimassi, Hani; Jamal, Diana; Jaafar, Maha; Hemadeh, Nour. 2011, Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11:45.

Eskola, Jari; Suoranta, Juha. 2003, *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 6. painos, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2003.

Feng, X.Q; Acord, L; Cheng, Y.J; Zeng, J.H; Song, J.P. 2011, The relationship between management safety commitment and patient safety culture. *International Nursing Review* 58, 249-254.

Gaal, Sander; Verstappen, Wim; Wensing, Michael. 2011, What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies? *BMC Health Services Research*, 11:102.

Groves, Patricia S; Meisenbach, Rebecca J; Scott-Cawiezell, Jill. 2011, Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1846-1855.

Helovuori, Arto; Kinnunen, Marina; Peltomaa, Karolina; Pennanen, Pirjo. 2012, *Potilasturvallisuus – Potilasturvallisuuden keskeisiä kysymyksiä havainnollisesti ja käytännönläheisesti*. 2. painos. Fioca Oy, Helsinki 2012.

- IOM (Institute of Medicine). 1999, Lyhennetty raportti: *To Err Is Human – building a safer health system*. Saatavilla: <http://iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf> Haettu 23.3.2015.
- Johnson, Hope L; Kimsey, Diane. 2012, Patient Safety: Break the Silence. *AORN Journal*, Vol 95, No5, 591-601.
- Kangasniemi, M; Vaismoradi, M; Jasper, M; Turunen, H. 2013, Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management. *Nursing Ethics*, 20(8), s. 904-916.
- Kankkunen, Päivi; Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009, *Tutkimus hoitotieteessä*. 1. painos. WSOY pro OY.
- Kaufman, Gerri; McCaughan, Dorothy. 2013, The effect of organisational culture on patient safety. *Nursing Standard*, 27, 43, 50-56.
- Keski-Uudenmaan pelastuslaitos 2015. *Toiminta-alue, organisaatio ja ensihoitojärjestelmä*. Saatavilla: www.ku-pelastus.fi Haettu 30.10.2015.
- Kinnunen, Marina; Peltomaa, Karolina. 2009, *Hoitotyön vuosikirja 2009: Potilasturvallisuus ensin*. Suomen sairaanhoitajaliitto.
- Leape, Lucian L; Shore, Miles F; Dienstag, Jules L; Mayer, Robert J, Edgman-Levitan, Susan; Meyer, Gregg S; Healy, Gerald B, 2012. A Culture of Respect, Part 2. *Academic Medicine*, vol.87, No 7, s. 845-852.
- McCaughan, Dorothy; Kaufman, Gerri. 2013, Patient safety: threats and solutions. *Nursing Standard*, 27, 44, 48-55.
- Partanen, Marko; Ekman, Simo. 2013, *Toimintakertomus 2013*. Keski-Uudenmaan pelastuslaitos.
- Pietikäinen, Elina; Reiman, Teemu; Oedewald, Pia. 2008, *Turvallisuuskulttuurityö organisaation toiminnan kehittämisenä terveydenhuollossa*. Espoo 2008. . VTT Tiedotteita 2456.
- Sammer, Christine E; Lykens, Kristine; Singh, Karan P; Mains, Douglas A; Lackan, Nuha A. 2010, What is Patient Safety Culture? A Review of the Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42:2, 156-165.

- Sopanen, Marja. 2015. *Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen ensihoitohenkilöstö*. Sähköpostikeskustelu, Vantaa 10.11.2015. Ei julkaistu.
- STM 2009. *Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä – Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.
- TENK 2012. *Hyvä tieteellinen käytäntö*. Saatavilla: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>. Haettu 10.11.2015.
- THL 2011. *Potilasturvallisuusopas – potilasturvallisuuslainsäädännön ja –strategian toimeenpanon tueksi*. Saatavilla: <https://www.thl.fi/documents/10531/104871/Opas%202011%2015.pdf>. Haettu 23.3.2015.
- Tuomi, Jouni; Sarajärvi, Anneli. 2002, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 1.-2. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.
- Turunen, Elina. 2012, *Sairaalan potilasturvallisuuskulttuuri sairaanhoitajien arvioimana*. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta.
- Ulrich, Beth; Kear, Tamara. 2014, Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*, vol. 41, No.5, 447-505.
- Vainionperä, Jussi. 2012, *Potilasturvallisuuskulttuuri sairaalan päivystysalueilla – kyselytutkimus päivystyspoliklinikoiden henkilöstölle*. Pro gradu – tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Weaver, Sallie J; Lubomksi, Lisa H; Wilson, Renee F; Pfoh, Elisabeth R; Martinez, Kathryn A; Dy, Sydney M. 2013, Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy – a Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*, 158:369-374.

LIITTEET

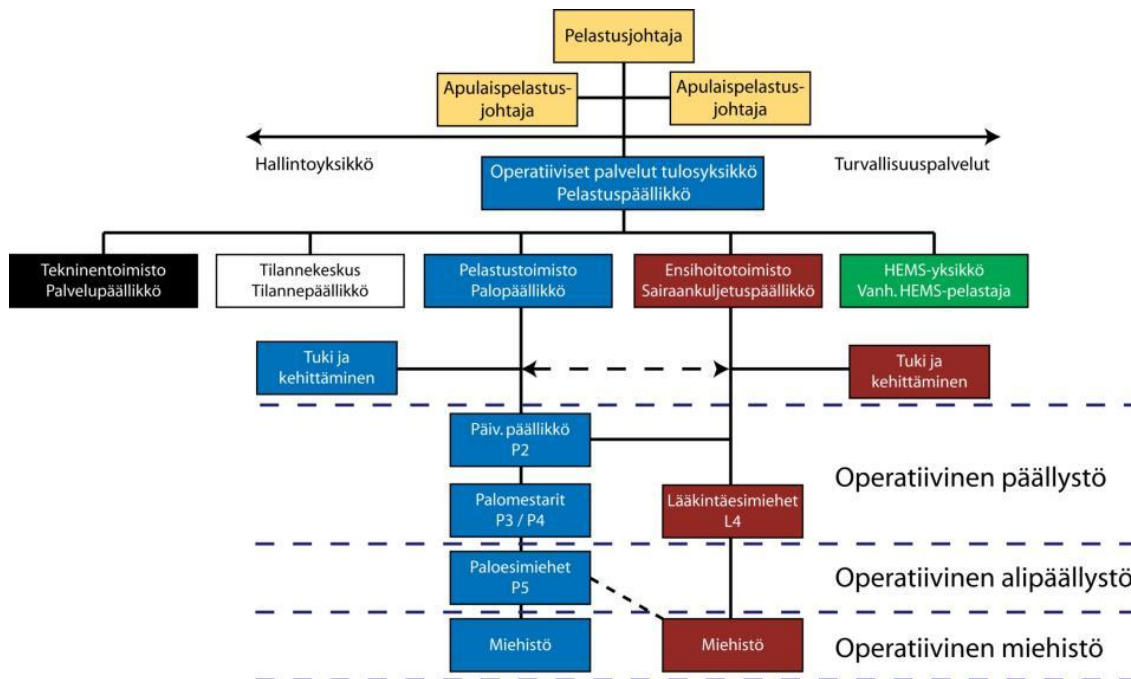
Liite 1. Tietokantahakutaulukko.

Tietokanta	Academic Search Elite (Ebsco) 19.11.14	Medline (Ovid) 19.11.14	Cinahl (Ebsco) 21.11.14	Pubmed 21.11.14	Medic 21.11.14	Arto 21.11.14	Alustava karsinta (otsikko, tiivistelmä)	Lopullinen karsinta	Mukaan otetut
Hakusana									
Patient safety	3536	151	1888	72263			16	4	2
Patient safety and culture	235	5	130	2403			31	21	7
Patient safety and culture and EMS	1	0	0	11			1	1	1
Patient safety and culture and ambulance	0	0	0	8			-	-	-
Patient safety and culture and primary care	13	0	6	204			3	1	1
Patient safety and culture not hospital	102	5	95	1191			20	7	-
Potilasturvallisuus					44	48	2	2	1
Potilasturvallisuus and kulttuuri					2	0	2	2	1
								34 yht	13

Rajaukset: Vuodesta 2010, full text available, peer reviewed.

Tietokantahaun ulkopuoliset, viitteiden perusteella manuaalisesti haetut artikkelit: 1 kpl.

Liite 2. Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen organisaatiokaavio. (Partanen & Ekman 2013)



Liite 3, Haastattelukutsu

Kutsu haastatteluun

10.8.2015

Hyvä ensihoidon ammattilainen,

Olen tekemässä Arcada YAMK:n kliinisen asiantuntijuuden opinnäytetyötä ja tutkimukseni kohteena on potilasturvallisuuskulttuuri Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella. Opinnäytetyön tavoitteena on saada käsitys organisaation potilasturvallisuuden nykytilasta ja sen kehittämiskohteista.

Tutkimus toteutetaan ryhmähaastatteluina, joiden ajankohta sijoittuu syyskuulle 2015. Haastatteluryhmiä tulee neljä; perustasolla toimivat pelastajat, perustason sairaankuljettajat, hoitotason ensihoitajat sekä esimiesasemassa toimivat (L4/L5). Jokaiseen ryhmään otetaan mukaan 3-5 vapaaehtoista haastateltavaa, jotka saavat haastattelun ajalta yksinkertaisen tuntikorvauksen koulutustuntipankkiinsa. Haastatteluiden tarkempi ajankohta ja paikka (ryhmälle sopivin paloasema) sovitaan erikseen. Kestoltaan haastattelu tulee olemaan noin kaksi tuntia. Haastattelutilanteessa jaettu informaatio on ehdottoman luottamuksellista. Tutkimusmateriaalit säilytetään tutkimuksen ajan ja hävitetään sen jälkeen asianmukaisesti tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti (TENK).

Nyt tarvitsisin siis vapaaehtoisia osallistujia haastatteluihin. Vaikka työurasi ei vielä olisi kovin pitkä tai et olisi koskaan kuullutkaan sanaa potilasturvallisuus, on mielipiteesi ja kokemuksesi organisaation ensihoidossa erittäin tärkeä. Mikäli haluaisit olla mukana kartoittamassa ja kehittämässä pelastuslaitoksen ensihoidon potilasturvallisuuden tasoa, pyytäisin sinua vastaamaan tähän sähköpostiin 24.8.2015 mennessä.

Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2015 loppuun mennessä. Työn ohjaajana toimivat Arcadan yliopettaja Eivor Wallinvirta sekä Keski-Uudenmaan lääkintäesimies Janek Andersson. Työn tekijä ja ohjaajat vastaavat mielellään mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Kiitoksia,

Elina Kilpiäinen

Ensihoitaja AMK, YAMK-opiskelija, Arcada

Liite 4. Saatekirje haastateltaville.

18.9.2015

Hyvä ensihoidon ammattilainen,

Kiitos jo etukäteen osallistumisestasi Arcada YAMK:n opinnäytetyönä tehtävään Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen potilasturvallisuuskulttuuritutkimukseen vapaaehtoisena haastateltavana. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa potilasturvallisuuden tämän hetkistä tasoa sekä siihen liittyviä kehittämiskohteita organisaation ensihoidossa.

Haastattelut toteutetaan ammattiryhmittäin jaetuissa 1-7 hengen ryhmissä ja haastattelutilanne kestää noin kaksi tuntia. Sen aikana käymme läpi mielipiteitäne ja kokemuksianne potilasturvallisuusasioihin ja niiden kehittämiseen liittyen. Haastattelukysymykset koskevat käytännön työtä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä organisaation ensihoidossa. Mitään etukäteisvalmistautumista tai aiheeseen perehtymistä ei haastateltavilta tarvita. Osallistujille korvataan haastatteluun kulunut aika koulutustunteina.

Haastateltavat pysyvät sekä haastatteluiden, että niiden purkamisen ja valmiin opinnäytetyön aikana nimettöminä. Ainoat kerättävät taustatiedot ovat ammattiryhmä ja työuran pituus Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksella. Haastattelumateriaali ja niiden translitteroinnit sekä säilytetään tutkimuksen tekijän toimesta tutkimuksen aikana, että hävitetään työn valmistuttua asianmukaisesti tutkimuseettisiä periaatteita noudattaen (TENK).

Tutkimuksen tekemiseen ja henkilöstön haastattelemiseen on saatu lupa Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen johtoryhmältä 12.6.2015. Tutkimussuunnitelma on hyväksytty Arcadassa 14.4.2015. Työn ohjaajina toimivat Arcadan yliopettaja Eivor Wallinvirta ja Keski-Uudenmaan pelastuslaitoksen lääkintäesimies Janek Andersson. Opinnäytetyön tekijä ja ohjaajat vastaavat mielellään mahdollisiin lisäkysymyksiin.

Yhteistyöterveisin,

Elina Kilpiäinen
Ensihoitaja AMK, YAMK-opiskelija, Arcada

Liite 5. Haastattelurunko.

Potilasturvallisuus yleisesti

1. Mitä potilasturvallisuus mielestänne on? Miten määrittelisitte käsitteen potilasturvallisuus?

Potilasturvallisuus ensihoitotyössä

2. Minkälaiset tekijät voivat aiheuttaa potilasturvallisuuden vaarantumisen?
3. Onko potilasturvallisuus asia, joka on aktiivisesti työpäivän aikana mielessänne, vai enemmänkin jotain taka-alalla olevaa?
4. Mikä on teidän vastuunne potilasturvallisuuden varmistamisessa? Miltä osin olet itse vastuussa potilaiden turvallisuudesta? Millaisia asioita teet potilasturvallisuuden varmistamiseksi?
5. Ovatko mielestänne tiimityö ja kommunikaatio tällä hetkellä toimivia käytännön työssänne?

Organisaatiotaso

6. Millainen on mielestänne organisaatio, jossa potilasturvallisuus on hyvä?
7. Millainen on oman organisaationne potilasturvallisuuden taso?
8. Ovatko käytössä olevat käytännöt ja hoito-ohjeet näyttöön ja tutkimustietoon perustuvia?
9. Mikä on organisaationne tai sairaanhoitopiirin vastuu potilasturvallisuuden varmistamisessa? Miltä osin talon johto on vastuussa potilasturvallisuudesta?
10. Tuodaanko potilasturvallisuusasioita mielestänne riittävästi johdon suunnalta työntekijöiden tietoon? Pitääkö organisaation johto potilasturvallisuutta tärkeänä asiana?
11. Millä tavalla ajattelisitte organisaation johdon suhtautuvan virheen tehneeseen työntekijään?

Kehittäminen

12. Minkä pitäisi muuttua, että potilasturvallisuus olisi parempi organisaatiossanne? Mitä pitäisi kehittää? Miten?
13. Mitä haasteita tai esteitä edellä kuvattujen asioiden kehittämiseksi on?
14. Mikä on vaaratapahtumien raportoinnin (HaiPro) merkitys potilasturvallisuuden kehittämiseksi? Onko siitä käytännön hyötyä?
15. Opitaanko organisaatiossanne tapahtuneista vaaratilanteista?
16. Haluaisitteko lisätä vielä jotakin?

Liite 6. Potilasturvallisuuskulttuurin kehittämisehdotukset Keski-Uudenmaan pelastuslaitokselle.

<p>Organisaatio/</p> <p>johto</p>	<p>Potilasturvallisuuden selkeä priorisoiminen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Henkilöstön motivoiminen potilasturvallisuuteen ylhäältä alaspäin • Haittatapahtumien raportointiin kannustaminen → oikeudenmukaisuuden ja syyttämättömyyden korostaminen, avoimuus, läpinäkyvyys, johdon tuki henkilöstölle • Turvallisuusasioiden viestintä molempiin suuntiin, kanava positiiviselle palautteelle ja kehitysehdotuksille • Laadunvalvonnan käyttöönotto • Potilasturvallisuussuunnitelman laatiminen <p>Koulutus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Potilasturvallisuuden perusteet ja käsitteet • Turvallisuustekniikka • Inhimilliset tekijät • Vaaratapahtumien tunnistaminen • Kommunikaatio ja tiimityö, strukturoidut käytännöt • Liikenneturvallisuus • Uudet hoito-ohjeet, välineistö, lääkkeet yms. ennen käyttöönottoa (→ mitä, milloin, miksi?) • Sakuun tulevien pelastajien perehdytys <p>HaiPro</p> <ul style="list-style-type: none"> • Säännöllistä infoa tehdyistä raporteista ja toimenpiteistä • Koulutus → miksi ja miten raportoidaan? • Organisaation lisääminen HaiPro-ilmoitukseen (HUS vai KUP) • Haittatapahtumien juurisyyn selvittäminen • Henkilöstön hyödyntäminen potilasturvallisuusongelmien ratkaisussa <p>Potilasturvalliset työvälineet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yhtenäiset hoito- ja toimintaohjeet koko alueelle • Yksiköiden varustelun yhtenäistäminen (samat hoitovälineet samoissa paikoissa) • Tarkistuslistojen käyttöönotto (esim. hoito-ohjeiden pohjalta) • Lisäavun pyytämiskäytäntöjen yhtenäistäminen työvuoroissa
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Merlot Mediin ilmoitus poikkeavista mittausarvoista • Bakteeriviljelyt ensihoitoyksiköistä <p>Johtamisjärjestelmä</p> <ul style="list-style-type: none"> • L4-käytäntöjen yhtenäistäminen työvuorojen välillä • Pohjoisen alueen lähiesimiestoiminta • Henkilöstön osaamisen hyödyntäminen, tehtävien delegoiminen johdosta alaspäin
Ensihoito- henkilöstö	<p>Potilasturvalliset toimintatavat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Työn vaarojen tiedostaminen • Strukturoitujen toimintamallien ja tarkistuslistojen käyttäminen • Tehtävänjaon läpikäyminen työvuoron alussa tai matkalla tehtävälle (esim. elvytys tai tajuton) • Vastuun jakaminen työparin kesken potilasturvallisuuden varmistamiseksi (molemmilla velvollisuus esim. tehdä HaiPro) • Lääkkeiden tuplatseikkaus työparille (kuljetuksen aikana ampullin tekstin lukeminen kuljettajalle) • Ensihoitokertomuksen tekstin tarkistaminen työparin kanssa, jotta oleellisia asioita ei jää raporttoimatta • Aseptiset toimintatavat, työvaatteiden säännöllinen peseminen

Liite 7. Tiivistelmä ruotsiksi

Patientsäkerhetskultur i Mellersta Nylands räddningsverk – en intervjuforskning av akutvårdspersonalens åsikter

Inledning

Patientsäkerhet har blivit en viktig del av utvecklingsområdet för hälso- och sjukvårdsorganisationer på grund av finansiella, kvalitativa och folkhälsointressen (Vainionperä 2012, s. 6). Med hälso- och sjukvårdsaktörer i begreppet "patientsäkerhet" avses alla de funktioner och principer som syftar till att trygga säkerheten och patientvårdens ofarlighet (Helovuo 2012, s. 13). Organisationens säkerhetskultur utgör grunden för patientsäkerheten. Att utveckla patientsäkerhetens kvalitet är bland det viktigaste i patientsäkerhetskulturen (Vainionperä 2012, s. 7). Patientsäkerhet hänvisar till organisationens förmåga och vilja att förstå en säker drift, samt att fungera säkert i farliga situationer genom att man identifierar och förhindrar dem (Pietikäinen ym. 2008, s. 3).

Denna studie har gjorts i samarbete med Mellersta Nylands räddningsverk. Den undersöker patientsäkerhetskulturen i akutvården och hur den ser ut ur räddningsverkets akutvårdspersonals synvinkel. Genom fokusgruppintervjuer har undersökt hur patientsäkerhetskulturen ser ut just nu, och vilka utvecklingsbehov som kommer fram på de olika delområdena. I den teoretiska referensramen och i resultatanalysen användes säkerhetsanalysmodeller som utvecklats av VTT (Pietikäinen et al. 2008, s. 42) och en fördelning av patientsäkerhetskultur på sju olika områden (Sammer et al. 2010, s. 158). Resultatet av studien syftar till att användas för utvecklingen av räddningstjänstens patientsäkerhet och säkerhetskultur.

Patientsäkerhetskultur

Tidigare har både finländska och internationella forskningsdata om säkerhetskultur och patientsäkerhetskultur hämtats icke-systematiskt från sökdatabaser. Inom akutvård har det gjorts färre patientsäkerhetsstudier än inom andra specialiseringsområden (Bigham et al. 2012, s. 1), så i den här studien används forskningsmaterial från sjukhusmiljö.

En definition av begreppet "patientsäkerhetskultur" är summan av de värderingar och attityder som vårdpersonalen upplever som patientsäkerhet. De syns i dynamiskt samspel mellan människor, funktioner och system. (Feng et al. 2012, s. 252) Dock syns patientsäkerhetskulturen inte bara i enskilda händelser, utan också i organisationens struktur (Groves et al. 2011, s. 1853).

Sammer et al. delade in patientsäkerhetskultur i sju subkulturer: ledarskap, samarbete, evidensbaserad vård, kommunikation, lärande, rättvisa och patientcentrering (Sammer et al. 2010, s. 157). Sjuk-

vårdsorganisationsledningen har alltid ansvar för patientsäkerheten och dess förutsättningar. Utveckling av patientsäkerhet kräver att ledningen är synligt insatt i den, samt tar till konkreta åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten. (Vainionperä 2012, s. 16-17) Det har forskats ganska mycket i samarbetets inverkan på patientsäkerhet. Johnson och Kimsey betonar att ett välfungerande team alltid har fokus på patienten och hans eller hennes säkerhet, och håller säkerheten som viktigare än den ömsesidiga hierarkin i arbetslaget. I detta fall är gruppmedlemmarna öppna för att presentera och ta emot frågor eller kommentarer relaterade till patienten eller dennes vård. (Johnson & Kimsey 2012, s. 594-595) När patientsäkerhetskulturen utvecklas och underhålls, spelar en effektiv kommunikation mellan ledning och övrig personal en nyckelroll (Feng ym. 2011, s. 253). Tydlig kommunikation behövs i administrativa situationer, men också i den praktiska vården. Ett fördefinierat tydligt språk och tydliga kommunikationstekniker är mycket viktiga för patientsäkerheten i nödsituationer. Organisationer som använder evidensbaserade rekommendationer för hantering, driftsmodeller och checklistor kan anses ta säkerhetskulturen till ett praktiskt plan. (Sammer ym. 2010, s. 162) Rapportering av negativa händelser är en viktig del av organisatoriska utbildningsmetoder (Vainionperä 2012, s. 42). Rättvis kultur manifesterar sig i förtroende, ansvarsskyldighet och definitioner av acceptabla och icke-acceptabla åtgärder (Ulrich & Kear 2014, s. 450). En patientorienterad organisation uppskattar patienterna genom att erbjuda den bästa och säkraste behandling som finns tillgänglig (Sammer ym. 2010, s. 163).

Teoretisk referensram

Den teoretiska referensramen baserar sig på dessa sju delar (tabell 1) och på en modell av säkerhetens organisatoriska aspekter som har utvecklats av VTT:s forskare (bild 1). Den teoretiska referensramen används i innehållsanalysen av forskningsresultaten.

Tabell 1. Sju subkulturer inom patientsäkerhetskultur (Sammer et al. 2010, s. 158).

Ledning	Samarbete	Lärande	Rättvisa	Evidens-baserad	Kommunikation	Patient-centrerad
ansvar	specialitet	utbildning	icke-anklagande	Säkerhetsvetenskap	transparens	fokus på patienten
administration	respekt	säkerställande av kunnskap	systemperspektiv	goda praktiker	samarbete	informerande
prioriteter	säkerhet	medvetenhet	förtroende	standarder	klarhet	empati
ändringsmanagement	flexibilitet	informerande	öppen rapportering	trovärdighet	Säkerhetsrapportering	hälsofrämjande
resurser	stöd	förtroende		teknologi	strukturerade tekniker	
engagemang		lärande av misstag				
rollmodell		utveckling				
stöd						
synlighet						
vision						

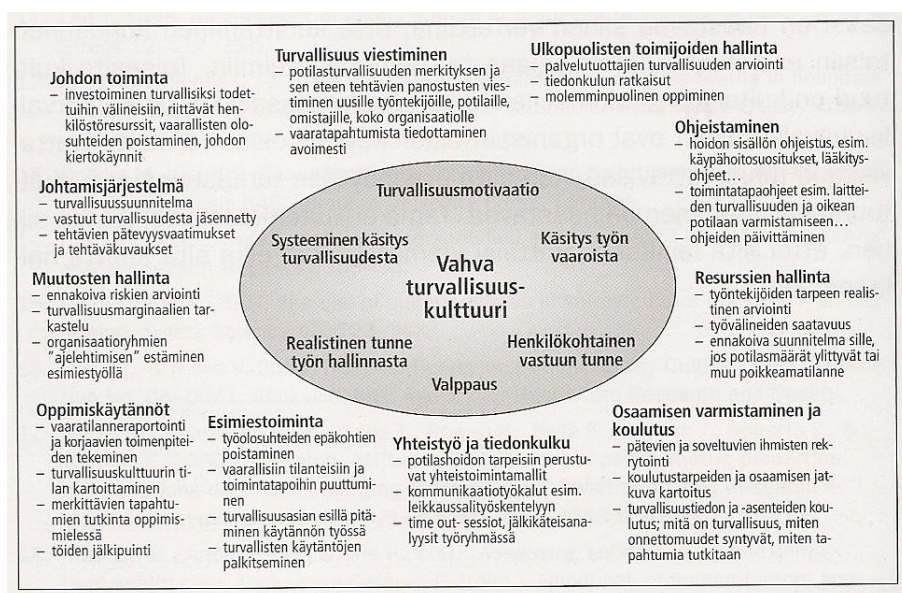


Bild 1. Organisatoriska aspekter av säkerhetskulturen (redigerat Pietikäinen et al. 2008 s. 42. I boken Potilasturvallisuus ensin, Kinnunen & Peltomaa 2009, s. 73).

Forskningsfrågor

- 1) Hur ser patientsäkerhetskulturen ut i Mellersta Nylands räddningsverk?
- 2) Vilka delar av säkerhetskulturen och patientsäkerheten bör utvecklas i räddningsverket?
Hur?

Genomförandet av studien

Studien är kvalitativ och materialet har analyserats med deduktiv innehållsanalys. Forskningsdata samlades in med fokusgruppintervjuer. De frivilliga intervjuade delades in i fyra grupper på grundval av yrke: i första gruppen fanns brandmän (5 intervjuade), i andra akutvårdare på basnivå (1 intervjuade), i tredje akutvårdare på vårdnivå (7 intervjuade) och i fjärde gruppen medicinska handledare (2 intervjuade). Efter translitterering utfördes deduktiv innehållsanalys på materialet. Materialet klassificerades på grundval av den teoretiska referensramen, som delades in i tre huvudkategorier; organisation och ledning, säkerhetsförståelse och praktisk akutvård.



Klassificering av innehållsanalysen.

Forskningsresultat och reflektion

Relaterat till organisation och ledning verkade de intervjuade nöjda med förvärv och underhåll av utrustning samt skapande och uppdatering av vägledning. Organisationen ansågs ge de anställda en god chans att göra jobbet så bra som möjligt. De intervjuade ansåg också att organisationen behandlar missnöje oftare än tidigare, och bär ansvar för patientsäkerheten. Säkerhetsförståelsesvaren skilde sig mest från de övriga. De intervjuade i de olika grupperna såg på patientsäkerhet på lite olika sätt; brandmän och akutmårdare på basnivå uppfattade patientsäkerheten genom praxis. Akutmårdarna på vårdnivå och de medicinska handledarna behandlade frågan också i ett större sammanhang genom organisation och samhälle. De mest nöjda med nivå och utveckling av organisationens patientsäkerhet var brandmännen och akutmårdarna på basnivå. Akutmårdarna på vårdnivå och de medicinska handledarna var mer kritiska och ville att organisationen skulle ge mer uppmärksamhet till patientsäkerhet och ge patientsäkerheten ett klarare värde.

På grundval av intervjuerna kan man dra slutsatsen att det i Mellersta Nylands räddningsverk inte ännu finns en gemensam förståelse för patientsäkerhet och att utbildning krävs på alla nivåer av or-

ganisationen. Patientsäkerhetskulturen kan anses vara ganska diskontinuerlig och omedveten. Trots detta görs många saker väldigt bra för att säkerställa patientens säkerhet och bra vård. Det huvudsakliga utvecklingsförslaget var att patientsäkerheten borde prioriteras och lyftas fram av alla från ledningen till hela organisationens arbetstagare. Ett första steg skulle kunna vara att lära ut patientsäkerhetens grunder och säkerhetsteknik till akutvårdspersonalen. Det skulle ge en bra utgångspunkt för att identifiera och rapportera risker på jobbet. En annan sak som informanterna krävde förbättring av var informationsflödet mellan ledning och anställda. Man önskade sig också vägledning och bättre kvalitetskontroll. Kommunikationen i patientvården sågs som ett viktigt utvecklingsområde, som skulle kunna säkerställa mycket i ett hektiskt jobb.

Sammanfattningsvis kan sägas att patientsäkerhetskulturen i Mellersta Nylands räddningsverk inte ännu fullständigt motsvarar den teoretiska referensramen eller tidigare forskning, utan kunde förbättras och utvecklas på många olika sätt.